

ADUCATE

REPORTS AND BOOKS

(TOIM.) OUTI PIRINEN

Lääkepäivät

Onko lääke hintansa väärti?

ADUCATE REPORTS AND BOOKS 1/2010



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND
*Aducate – Centre for Training
and Development*

(TOIM.) OUTI PIRINEN

Lääkepäivät - Onko lääke hintansa väärti?

19. - 20.3.2010 Kuopio

Sessiot:

Apteekin tulevaisuus?

Sairaalafarmasia nyt: Lääkehuolto ja – hoitoa

Ajankohtaista psyykkisten sairauksien hoidossa

Kuinka jaksat?

Lääkehoito – pelkkä kustannuseräkö?

Aducate Reports and Books

1/2010

Itä-Suomen yliopisto

Koulutus- ja kehittämispalvelu Aducate

Kuopio

2010

Kopijyvä Oy

Kuopio, 2010

Sarjan vastaava toimittaja: Esko Paakkola

Julkaisutoimikunta:

Esko Paakkola (johtaja, KT), Jyri Manninen (prof., KT), Lea Tuomainen (suunnittelija, proviisori), Tiina Juurela (suunnittelija, TL) ja Helmi Kokotti (suunnittelija, RI/FT)

Myynnin yhteystiedot:

Itä-Suomen yliopisto, Koulutus- ja kehittämispalvelu Aducate

PL 1627, 70211 Kuopio

040 738 2448, aducate-julkaisut@uef.fi

<http://www.aducate.fi>

ISBN: 978-952-61-0037-1

ISBN: 978-952-61-0038-8 (PDF)

ISSN 1798-9116

Esipuhe

Kuopiossa järjestettävillä Lääkepäivillä pohditaan tällä kertaa teemaa Onko lääke hintansa väärä? Aihe on ajankohtainen sillä terveydenhuollossa joudutaan jatkuvasti pohtimaan miten rajalliset resurssit saadaan mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön.

Joka päivä lähes 3 miljoonaa suomalaista ottaa jotain lääkettä. Vuonna 2008 suomalaisten lääkelasku oli 2,7 miljardia euroa. Kyseisenä vuonna sairausvakuutuksen maksamat lääkekorvaukset kasvoivat 8,8 % edellisvuodesta. Muutaman vuoden sisällä on tehty useita lääkekustannusten kasvua hillitseviä hallinnollisia toimenpiteitä. Miten nämä toimenpiteet vaikuttavat suomalaisen lääkehuollon tulevaisuuteen? Onko nykyisen kaltainen apteekkiverkosto katoava luonnonvara? Tätä pohditaan sessiossa, jossa käsitellään apteekkien tulevaisuutta.

Sairaala-farmasian erikoistumiskoulutuksen tarpeen myöntävät kaikki, mutta rahoitusta koulutuksen järjestämiseen on vaikea saada. Mikä on kliinisen farmasian tulevaisuus Suomessa? Miten koulutus vastaa nykyaikaisen lääkehoidon vaatimuksiin? Tätä pohditaan sairaala-farmasian sessiossa käytännön esimerkkien avulla.

Psykykenlääkkeiden kulutus kasvaa jatkuvasti ja mielenterveyden ongelmat kuuluvat johtavien ennen aikaiselle eläkkeelle siirtymisen syiden joukkoon. Myös lääkkeiden päihdekäyttö lisääntyy. Apteekkilainen kohtaa nämä ongelmat päivittäin asiakaspalvelussa. Lääkepäiville on koottu tietopaketti sekä päihdelääketieteen että psykiatristen sairauksien lääkehoidosta. Aihepiiriin liittyy myös kysymys ihmisten jaksamisesta. Onko siihen apukeinoja tarjolla?

Lääkehoidon tarkoituksena on kuolleisuuden pienentäminen, sairauden parantaminen, toimintakyvyn ylläpitäminen ja terveyteen liittyvän elämänlaadun parantaminen. Toteutuuko tämä tavoite? Voiko lääkehoidon taloudellista tai hoidollista arvoa arvioida ja mitkä ovat arvioinnin peruseräkkeet? Näihin kysymyksiin keskitytään lääkepäivien sessiossa Lääkehoito – pelkkä kustannuseräkö?

Lääkepäivien tavoitteena on toimia lääkealan valtakunnallisena täydennyskoulutustapahtumana sekä keskustelun herättäjänä alan ajankohtaisista kysymyksistä.

Tervetuloa kuuntelemaan ja keskustelemaan Lääkepäiville!

Riitta Ahonen

Professori

Järjestelytoimikunnan puheenjohtaja

National Library of Medicine Classification: QV 4, QV 55, QV 704, QV 736, QV 737, WB 330

Medical Subject Headings: Pharmacy; Pharmacies; Community Pharmacy Services; Pharmacists; Pharmaceutical Preparations; Drug Therapy; Economics, Pharmaceutical; Drug Costs; Pharmacy Service, Hospital; Professional Competence; Professional Role; Staff Development; Career Mobility; Burnout, Professional; Drug Information Services; Mental Disorders/drug therapy; Substance-Related Disorders; Opioid-Related Disorders; Designer Drugs; Drug Interactions; Cannabis; Cannabinoids/therapeutic use; Antipsychotic Agents; Anticonvulsants; Sleep Initiation and Maintenance Disorders/drug therapy; Depression/drug therapy; Sexuality/drug effects; Psychotropic Drugs

Yleinen suomalainen asiasanasto: farmasia; lääkkeet; lääkehoito; lääkeala; lääkehuolto; apteekit; talous; kustannukset; hinnat; työvoima; henkilöstö; työura; ammatillinen kehitys; jaksaminen; uupumus; selviytyminen; sairaalat; mielenterveyshäiriöt; päihteet; huumeet; opioidit; korvaushoito; kannabis; psyykenlääkkeet; epilepsia; unihäiriöt; masennus; seksuaalisuus

Järjestäjät: Itä-Suomen yliopisto
Farmasian laitos, Terveystieteiden tiedekunta
Koulutus- ja kehittämispalvelu Aducate

Järjestelytoimikunta:

Puheenjohtaja Riitta Ahonen
Farmasian laitos, Terveystieteiden tiedekunta
Itä-Suomen yliopisto

Jäsenet Pekka Karttunen
Tapani Keränen
Outi Pirinen
Antti Poso
Marika Ruponen
Riitta Sutinen
Johanna Timonen
Lea Tuomainen

Sisällysluettelo

Ohjelma	11
Apteekin tulevaisuus?	
LÄÄKKEITÄ JAKSAMISEEN	19
<i>Kangasniemi M.</i>	
ROMAHTIKO APTEEKKIEN TALOUS HINTAMYLLERRYKSESSÄ?	21
<i>Harjula I.</i>	
APTEEKKIEN HENKILÖSTÖRAKENNE MUUTOKSEN KOURISSA?.....	24
<i>Koskipirtti J.</i>	
PALVELULLA ON HINTANSA!: - TARJOUKSET MUULLE TERVEYDENHUOLLOLLE.....	26
<i>Peura S.</i>	
- ANNOSJAKELU.....	28
<i>Peura S.</i>	
- LÄÄKEHOIDON KOKONAISARVIOINTI.....	31
<i>Elfvig A.</i>	
- KANSANTERVEYSSOHJELMAT.....	33
<i>Vidgren P.</i>	
MISTÄ APTEEKIN KATE TULEE EUROOPASSA?.....	34
<i>Kärkkäinen R.</i>	

Sairaalahuoltoa nyt: lääkehuoltoa ja - hoitoa

TILANNEKATSAUS AMMATILLISEEN KEHITTÄMISEEN - FARMASIAN ALAN KOULUTUSPALETTI.....	36
<i>Linden-Lahti C.</i>	

SAIRAALAFARMASIAN MAHDOLLISUUDET.....	38
TERVEYDENHUOLLOSSA?	
<i>Laaksonen R.</i>	

URA-CASE 1 Osastofarmaseutti.....	40
<i>Leinonen M.</i>	

URA-CASE 2 Johtava farmaseutti, Lääkehoidon kokonaisarvioinnin erityispätevyys.....	42
<i>Kaarlonen L.</i>	

URA-CASE 3 Klinikafarmaseutti.....	44
<i>Rokala T.</i>	

KLIININEN TIEDONHAKU: KUINKA RATKAISEN LÄÄKEHOITO- ONGELMAN.....	46
<i>Ojala R.</i>	

Ajankohtaista psyykkisten sairauksien lääkehoidossa

HUUMETILANNE SUOMESSA.....	48
<i>Partanen A.</i>	

OPIOIDIT JA KORVAUSHOITO.....	50
<i>Holopainen A.</i>	

SYNTEETTISET HUUMEET.....	51
<i>Tacke U.</i>	

HUUMEIDEN JA LÄÄKKEIDEN YHTEISVAIKUTUKSET.....	54
<i>Laitinen K.</i>	

KANNABINOIDIEN LÄÄKEKÄYTTÖ.....	57
<i>Poso A.</i>	

OVATKO UUDET ANTIPSYKOOTIT TEHOKKAAMPIA JA TURVALLISEMPIA KUIN VANHAT?.....	59
<i>Koponen H.</i>	

EPILEPSIALÄÄKKEET PSYKIATRISTEN SAIRAUKSIEN HOIDOSSA.....	61
<i>Haatainen J.</i>	

UNETTOMUUDEN KÄYPÄ HOITO.....	62
<i>Koponen H.</i>	

(AVOIN LUENTO).....	
<i>puhuja avoin)</i>	

PSYYKENLÄÄKKEET JA SEKSUAALISUUS.....	65
<i>Hintikka J.</i>	

Kuinka jaksat?

JAKSAMINEN VAI UUPUMINEN - KUORMITUSTEKIJÖIDEN JA VOIMAVAROJEN TUNNISTAMINEN.....	67
<i>Hyvärinen P.</i>	

MITÄ AVUKSI?: - ASLAK - AVUKSI YRITTÄJÄN JAKSAMISEEN JA OMAN TERVEYDEN EDISTÄMISEEN.....	69
<i>Suurnäkki P:</i>	

- AMMATILLINEN KEHITTYMINEN JA HARRASTUKSET JAKSAMISESSA	72
<i>Leino J.</i>	

- UUPUMUKSESTA VOI SELVIYTYÄ.....	74
<i>Malmén Jan-Peter</i>	

Lääkehoito - pelkkä kustannuseräkö?

FIMEAN LÄÄKEHOITOJEN ARVIOINTI - PROSESSI - MITKÄ TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET.....	76
<i>Jormanainen V.</i>	

LÄÄKEHOITOJEN TALOUDELLISEN ARVON ARVIOINNIN PERUSPERIAATTEET.....	78
<i>Martikainen J.</i>	

EXPERIENCES FROM THE UNITED KINGDOM AND SWEDEN IN CONDUCTING PHARMACOECONOMIC STUDIES.....	80
<i>Asseburg C.</i>	

SIDOSRYHMIEN KOMMENTTIPUHEENVUOROT - SUOMEN APTEEKKARILIITTO:	82
<i>Oksala I.</i>	

- LÄÄKETEOLLISUUS RY: OIKEIN KÄYTETTY LÄÄKE ON EDULLINEN HOITOMUOTO NIN POTILAAN KUIN KOKO YHTEISKUNNANKIN KANNALTA.....	83
<i>Siimes S-A.</i>	

- RINNAKKAISLÄÄKETEOLLISUUS RY.....	86
<i>Bothas H.:</i>	

Ohjelma

Lääkepäivät – Onko lääke hintansa väärsti?

Itä-Suomen yliopisto, Kuopion kampus, Yliopistonranta 1 E

19.3.2010

AVAJAISET

Snellmania, Auditorio SL, Suuri luentosali

9.30 - 09.50

Itä-Suomen yliopiston tervehdykset

Järjestelytoimikunnan puheenjohtaja,

professori Riitta Ahonen

Farmasian laitos, Terveystieteiden tiedekunta

Akateeminen rehtori Kalervo Väänänen

Johtaja Esko Paakkola

Koulutus- ja kehittämispalvelu Aducate

09.50 - 10.00

Valtiovallan tervehdys

Sosiaali- ja terveysministeri Liisa Hyssälä

10.00 - 11.15

Debatti "Onko lääke hintansa väärsti?"

Ylijohtaja Sinikka Rajaniemi,

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea

Toimitusjohtaja Antti Viitanen, Novartis Finland Oy

Debatinjakajana

apteekkari Pekka Karttunen, Siilinjärven apteekki

11.15 - 12.45

Lounas

- 19.3.2010 APTEEKIN TULEVAISUUS?**
Snellmania, Auditorio L21
- 12.45 - 13.00 **Session avaus, Puheenjohtaja:**
Puheenjohtaja, apteekkari Mika Vidgren
Suomen Apteekkariliitto
- 13.00 - 13.45 **Lääkkeitä jaksamiseen**
Lehtori Maria Kangasniemi
Kauppatieteiden laitos, Itä-Suomen yliopisto
- 13.45 - 14.15 **Romahtiko apteekkien talous hintamyllerryksessä?**
Talousasiantuntija Ilkka Harjula
Suomen Apteekkariliitto
- 14.15 - 14.45 **Apteekkien henkilöstörakenne muutoksen kourissa?**
Toimitusjohtaja Jukka Koskipirtti
Apteekkien Työnantajaliitto
- 14.45 - 15.15 *Kahvitauko*
- 15.15 - 16.15 **Palvelulla on hintansa!:**
Tarjoukset muulle terveydenhuollolle ja
Annosjakelu
Farmaseuttinen johtaja Sirpa Peura
Suomen Apteekkariliitto
Lääkehoidon kokonaisarviointi
Proviisori Anja Elfving
Mikkelin Uusi apteekki
Kansanterveysohjelmat
Apteekkari Petra Vidgren
Niiralan apteekki, Kuopio
- 16.15 - 16.45 **Mistä apteekin kate tulee Euroopassa?**
Lakimies Reijo Kärkkäinen
- 16.45 - 17.00 *Keskustelua ja päivän päätös*

- 19.3.2010 SAIRAALAFARMASIA NYT:
LÄÄKEHUOLTOA JA -HOITOA**
Snellmania, Auditorio L22
- 12.45 - 13.00 **Session avaus, Puheenjohtaja:**
Erikoisproviisori Raimo Ojala, Sairaala-apteekki, KYS
- 13.00 - 13.30 **Tilannekatsaus ammatilliseen kehittymiseen – farmasian alan koulutuspaletti**
Koulutussuunnittelija, proviisori Carita Linden-Lahti
Helsingin yliopisto
- 13.30 - 14.00 **Sairaala-farmasian mahdollisuudet terveydenhuollossa?**
Yliopistonlehtori, PhD, Apotekare Raisa Laaksonen
Department of Pharmacy & Pharmacology,
University of Bath
- 14.00 – 14.30 *Kahvitauko*
- Ura-caseja:**
- 14.30 - 15.00 **Case 1.** Osastofarmaseutti Minna Leinonen,
Sairaala-apteekki, KYS
- 15.00 - 15.30 **Case 2.** Johtava farmaseutti,
Lääkehoidon kokonaisarvioinnin erityispätevyys,
Leena Kaarlonen, Salon terveystieteiden keskus
- 15.30 - 16.00 **Case 3.** Lastentautien vastuualueen klinikkafarmaseutti
Terhi Rokala
Sairaala-apteekki, TAYS
- 16.00 - 16.30 **Kliininen tiedonhaku: Kuinka ratkaista lääkehoito-ongelman?**
Erikoisproviisori Raimo Ojala, Sairaala-apteekki, KYS
- 16.30 - 16.45 *Keskustelua ja päivän päätös*

**20.3.2010 AJANKOHTAISTA PSYKKISTEN SAIRAUKSIEN
LÄÄKEHOIDOSSA**

Snellmania, Auditorio L21

Teema I: *Ajankohtaista päihdelääketieteestä*

08.45 - 08.50 Teeman avaus, Puheenjohtaja:

Dosentti Ulrich Tacke, Farmasian laitos, Tt tdk, ISY

08.50 - 09.15 Huumetilanne Suomessa

Kehittämispäällikkö Airi Partanen

Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut –yksikkö,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

09.15 - 09.45 Opioidit ja korvaushoito

Ylilääkäri Antti Holopainen

Järvenpään sosiaalisairaala, A-klinikkasäätiö

09.45 - 10.00 Keskustelua / jaloittelutauko

10.00 - 10.30 Synteettiset huumeet

Dosentti Ulrich Tacke

10.30 - 11.00 Huumeiden ja lääkkeiden yhteisvaikutukset

Opetusproviisori Kirsti Laitinen

Farmasian laitos, Tt tdk, ISY

11.00 - 11.30 Kannabinoidien lääkekäyttö

Professori Antti Poso

Farmasian laitos, Tt tdk, ISY

11.30 - 12.30 Lounas

20.3.2010 *Snellmania, Auditorio L21*

Teema II: ***Psykiatristen sairauksien lääkehoito***

12.30 - 12.35 **Teeman avaus, Puheenjohtaja:**

Professori Hannu Koponen

Itä-Suomen yliopisto ja KYS-psykiatria

12.35 - 13.00 **Ovatko uudet antipsykootit tehokkaampia ja turvallisempia kuin vanhat?**

Professori Hannu Koponen

13.00 - 13.30 **Epilepsialääkkeet psykiatristen sairauksien hoidossa**

Psykiatrian erikoislääkäri

Juha Haatainen, KYS

13.30 - 14.00 **Unettomuuden Käypä Hoito**

Professori Hannu Koponen

14.00 - 14.30 *Kahvitauko*

14.30 - 15.00 **(Lasten ja nuorten masennuksen hoito**

Puhuja avoin)

15.00 - 15.30 **Psykykenlääkkeet ja seksuaalisuus**

Psykiatrian professori Jukka Hintikka,

Lääketieteen laitos, Lääketieteen tiedekunta,

Tampereen yliopisto

15.30 - 15.45 *Keskustelua ja päivän päätös*

20.3.2010 KUINKA JAKSAT?

Snellmania, Auditorio L22

08.45 - 08.50 Session avaus, Puheenjohtaja:

Apteekkari Harri Rehnberg, Vihannin apteekki

08.50 - 09.45 Jaksaminen vai uupuminen - Kuormitustekijöiden ja voimavarojen tunnistaminen

Työhyvinvointivalmentaja Päivi Hyvärinen
Valmennus- ja koulutuspalvelu Oivallus

09.45 - 10.00 *Keskustelua*

Mitä avuksi?:

10.00 - 10.20 Aslak - avuksi yrittäjän jaksamiseen ja oman terveyden edistämiseen

Apteekkari, työnohjaaja Paula Suurnäkki
Perhon apteekki

10.20 - 10.40 Ammatillinen kehittyminen ja harrastukset jaksamisessa

Apteekkari, FaT, eMBA, muusikko ja potkunyrkkeilijä
Janne Leino, Oulun Hansa apteekki

10.40 - 11.00 Uupumuksesta voi selviytyä!

Proviisori Jan-Peter Malmén

11.00 - 12.00 *Lounas*

20.3.2010 LÄÄKEHOITO – PELKKÄ KUSTANNUSERÄKÖ?

Snellmania, Auditorio L22

12.00 - 12.05 **Session avaus**, puheenjohtaja:

Professori Riitta Ahonen, ISY

12.05 - 12.30 **Fimean Lääkehoitojen arviointi - prosessi –
Mitkä tehtävät ja tavoitteet**

Johtaja Vesa Jormanainen, Fimea

12.30 - 13.00 **Lääkehoitojen taloudellisen arvon arvioinnin
perusperiaatteet**

Tutkimusjohtaja, FT Janne Martikainen

Lääkepolitiikan ja – talouden tutkimuskeskus,

Farmasian laitos, Terveystieteiden tiedekunta, ISY

13.00 - 13.30 **Experiences from UK and Sweden in conducting
pharmacoeconomic studies**

PhD Christian Asseburg

Lääkepolitiikan ja – talouden tutkimuskeskus

Farmasian laitos, Terveystieteiden tiedekunta, ISY

13.30 - 14.00 *Kahvitauko*

14.00 - 15.30 **Sidosryhmien kommenttipuheenvuorot**

Suomen Apteekkariliitto

Toimitusjohtaja Ilkka Oksala

Lääketeollisuus ry

Toimitusjohtaja Suvi-Anne Siimes

Rinnakkaislääketeollisuus ry

Toiminnanjohtaja Heikki Bothas

15.30 - 15.45 *Keskustelua ja päivän päätös*

Maria Kangasniemi

lehtori

Kauppätieteiden laitos, Itä-Suomen yliopisto

LÄÄKKEITÄ JAKSAMISEEN

Yrityksissämme ja organisaatioissamme erinomaisena lääkkeenä jaksamiseen meillä on tarjolla työyhteisötaidot. Työyhteisötaidoilla tarkoitetaan työyhteisössä tarvittavia sekä esimies- että työntekijätaitoja. Työntekijätaidoista käytetään myös kuvausta alaistaidot. Alaistaidot kuvaa vuorovaikutussuhdetta paitsi esimieheen myös työkavereihinsa. Mitä paremmin esimies ja työntekijä ovat sisäistäneet roolinsa ja vastuunsa, sitä sujuvampaa ja selkeämpää heidän vuorovaikutuksensa on.

Alaistaidot tarkoittavat työntekijän halua ja kykyä toimia työyhteisössään rakentavalla tavalla, esimiestä ja työkavereita tukien perustehtävän suuntaisesti. Alaistaitoja ovat mm. velvollisuus huolehtia työpaikan viihtyisyydestä, resurssien tarkoituksenmukainen ja rehellinen käyttö, yhteistyö työkavereiden ja esimiehen kanssa, mielipiteen ilmaiseminen asioiden eteenpäin viemiseksi, palautteen antaminen sekä työkavereille että esimiehelle ja aktiivinen osallistuminen työpaikan kehittämistyöhön.

Alaistaidot nostettiin tutkimuksessa ja julkisuudessa jo vuosia sitten esimiestyön rinnalle. Niistä kuitenkin keskustellaan aivan liian vähän työyhteisöjen sisällä, kun taas esimiestaidoista on puhuttu pitkään ja esimiehiä koulutetaan paljon esimiestaitojen osalta. Huomioitava on se, että esimieskin on alainen suhteessa oman esimieheensä. Esimies tarvitsee näin ollen sekä esimies- että alaistaitoja.

Tänä päivänä alaistaitojen nostaminen esimiestaitojen rinnalle on välttämättömyys, koska onnistuminen on aina kahden kauppa. Alaistaitoja voidaan pitää esimiestaitojen eräänlaisena vastinparina. Työyhteisön ja sen jäsenten toimintaan vaikuttavat paitsi esimies myös työntekijä itse. Työntekijöillä/ alaisilla on erittäin suuri valta omalla toiminnallaan auttaa esimiestä onnistumaan tai epäonnistumaan omassa tehtävässään.

Kun organisaatiossa keskitytään kehittämään vain esimiestaitoja, ei se riitä tuomaan tavoiteltua tulosta. Siksi myös alaisille tulee antaa valmiuksia toimia työyhteisössä vastuullisesti hyvinvointia tuottaen ja hyvinvointia tavoitellen. Hyvinvoivissa ja

tuloksellisissa työyhteisöissä on siis läsnä esimiestaidot hallitseva sitoutunut esimies ja alaistaidot hallitseva vastuullinen alainen.

Työyhteisötaidot tekevät näkyväksi jokaisen työyhteisön jäsenen oikeuden työniloon ja myös vastuun nähdä vaivaa oman työyhteisön työhyvinvoinnin eteen. Lisäksi työyhteisötaidot kirkastavat jokaisen oikeuden ja velvollisuuden työskennellä työyhteisön tavoitteiden saavuttamiseksi.

Työyhteisötaitojen osalta tavoitteena on, että sekä esimies että työntekijät pohtivat, miten he omalla toiminnallaan voivat vaikuttaa yhteistyön sujumiseen. Yhteistyön pitää toimia paitsi esimiehen ja työntekijöiden välillä myös työntekijöiden kesken. On todettu, että toimiva yhteistyö edistää hyvinvointia, minkä on todettu taas olevan yhteydessä työn tuloksellisuuteen. Mitä sujuvampaa on yhteistyö kaikkien osapuolten välillä, sitä tuloksellisempaa on työkin.

Työyhteisötaitojen kehittyminen näkyy työpaikoilla konkreettisesti esim. sairauspoissaolojen vähenemisenä, parempana työtuloksena ja työhyvinvoinnin kasvuna.

Esimiestyö on kuitenkin erottamaton osa alaistaitojen toteuttamista. Esimiehen on omilla johtamistapoihinsa liittyvillä valinnoilla luotava puitteet, joiden sisällä työntekijä voi toteuttaa ja kehittää alaistaitojaan. Esimerkiksi vallan ja vastuun jako ja delegointi alaspäin sekä keskustelevan, avoimen ja luotettavan ilmapiirin luominen.

Hyvä esimies pyrkii aktiivisesti lisäämään työntekijöidensä alaistaitoja ja antaa mahdollisuuden toteuttaa niitä käytännössä. Etäinen ja autoritaarinen esimies nolaa nopeasti työntekijän mahdollisuuden ja halut toteuttaa hyvää alaistaitoa.

Ilkka Harjula
talousasiantuntija
Suomen Apteekkariliitto

ROMAHTIKO APTEEKKIEN TALOUS HINTAMYLLERRYKSESSÄ?

Apteekkien taloudelliset toimintaedellytykset ovat merkittävästi heikentyneet vuoden 2009 aikana. Tämän muutoksen merkittävin yksittäinen aiheuttaja on viitehintajärjestelmään siirtyminen 1.4.2009 alkaen.

Hallituksen esityksessä (HE 100/2008) viitehintajärjestelmän käyttöönotolla tavoiteltiin lääkekorvausmenojen kasvun hillitsemistä ja edullisimpien vaihtokelpoisten lääkevalmisteiden käytön helpottamista. Käytännössä sairausvakuutus- ja lääkelakia muutettiin siten, että lääkevalmistajia kannustetaan entistä kovempaan kilpailuun, jossa markkinaosuustaistelua viitehintaryhmien sisällä käydään tukkuhintojen avulla.

Sosiaali- ja terveysministeriö esitti lainvalmisteluvaiheessa, että viitehintajärjestelmän ansioista saavutetaan noin 85 milj. euron vuotuiset lääkekustannussäästöt. Ministeriön esittämät laskelmat ovat kuitenkin osoittautuneet vääriksi. Viitehintajärjestelmä on ollut käytössä vajaan vuoden verran ja tämänhetkisten tilanteen perusteella todelliset vuotuiset lääkekustannussäästöt tulevat olemaan yli 140 milj. euroa. Viitehintajärjestelmän lääkekustannussäästöt ovat siten huomattavasti suuremmat, kuin mitä päättäjille on lain hyväksymisen yhteydessä esitetty.

Lääkevalmistajien välinen markkinaosuustaistelu on ollut voimakkaampaa, kuin mitä osattiin odottaa tähän kannustaneiden viranomaisten taholta. Aiempaan lääkevaihdon aikaansaamaan tilanteeseen verrattuna hintakilpailu on ollut huomattavasti kovempaa ja johtanut siihen, että maaliskuun 2009 tilanteeseen verrattuna viitehintaryhmissä on jopa 86 prosentin hinnanpudotuksia. Viimeisen vuoden aikana koetut reseptilääkkeiden hinnan pudotukset ovat niin voimakkaita, että ne eivät tule millään kompensoiduksi kysynnän kasvulla tai muun myynnin avulla.

Apteekit ovat lääkevalmistajien välisessä markkinaosuustaistelussa ja hintakilpailussa sijaiskärsijöitä. Apteekkien liikevaihto koostuu yli 93 prosenttisesti lääkkeiden myynnistä. Apteekit eivät voi paikata viitehintajärjestelmän tuomaa liikevaihdon menetystä

hinnoittelun avulla tai myyntiä lisäämällä. Lääkkeiden vähittäishinnat määrittää valtioneuvosto lääketaksan kautta. Lääketaksan mukaisesti lääkkeen vähittäismyyntihinta on sidoksissa tukkuhintaan siten, että apteekkien myyntikate pohjautuu suurelta osin suhteelliseen osuuteen lääkkeen tukkuhinnasta. Potilaiden tarve määrittää puolestaan kysynnän.

Viitehintajärjestelmän myötä apteekkitoimipistekohtaiset erot ovat kasvaneet entisestään. Taloudelliset toimintaedellytykset riippuvat yhä enemmän apteekin asiakasprofiilista. Viitehintajärjestelmän vaikutuksista ovat erityisesti kärsineet sellaiset toimipisteet, joissa reseptilääkemyynti muodostaa valtaosan liikevaihdosta. Nämä ovat menettäneet suhteellisesti enemmän, sillä vuonna 2009 apteekkien reseptilääkkeiden euromääräinen kokonaisymyynti laski noin 1,8 prosenttia. Näin siitä huolimatta että, vuoden 2009 aikana apteekit ovat toimittaneet keskimäärin 1,6 prosenttia enemmän reseptejä kuin vuonna 2008.

Itsehoitolääkkeiden merkitys apteekkien taloudessa on selvästi korostunut viitehintajärjestelmän tuomien reseptilääkkeiden hinnanalennuksien myötä. Itsehoitolääkkeiden euromääräinen myynti kasvoi noin 3,5 prosenttia. Itsehoitolääkkeiden myynnin osuus koko lääkemyynnistä on kuitenkin vain noin 13,5 prosenttia, joten itsehoitolääkemyynnin lisääntymisellä ei kyetty kokonaan paikkaamaan reseptipuolen menetyksiä. Kokonaisuutena vuoden 2009 lääkemyynti laski 1,1 prosenttia edellisvuoteen verrattuna.

Yleisen taloudellisen tilanteen heikkeneminen ei ole juuri vaikuttanut apteekkeihin, vaan kyse on nimenomaan viitehintajärjestelmän aiheuttamista muutoksista. Apteekkien kannalta ei ole juuri merkitystä sillä, milloin Suomen talous lähtee taas kasvuun. Huonontunut tilanne ei ole seuraus kysynnän muutoksesta, vaan syy on rakenteellinen ja luonteeltaan pysyvä. Viranomaisten toiminnan, lääkeyritysten hintakilpailun ja kustannustason nousun seurauksena apteekeissa on saavutettu taso, jolla halpojen reseptilääkkeiden toimittaminen ei enää kata apteekin kustannuksia.

Vuonna 2009 apteekkien kustannukset nousivat keskimäärin 4,5 prosenttia. Lääketaksan hinnanmuodostustaulukkoa ja muita maksuja ei ole korjattu kohoavia työvoima- ja muita kustannuksia vastaavasti. On perusteltua olettaa, että apteekkien työmäärä ja kustannukset tulevat kohoamaan myös tulevina vuosina.

Vaikka lääkkeiden halpeneminen onkin potilaiden ja lyhyellä aikavälillä näennäisesti yhteiskunnan kannalta hyvä asia, liiallinen hintojen lasku johtaa tilanteeseen, jossa apteekkien taloudelliset toimintaedellytykset ja maankattava avohoidon lääkejakelu ovat vaarassa.

Toimintaedellytysten turvaamiseksi Apteekkien ansaintalogiikkaa on tarkistettava. Apteekkariliitto on neuvotellut jo vuoden ajan viitehintajärjestelmän vaikutusten kompensoinnista viranomaisten kanssa. Yhteinen näkemys apteekkien taloudellisesta tulevaisuudesta nykyisellä ansaintalogiikalla ja toimintamallilla sekä lukuisat tilannetta helpottavat toimenpide-ehdotukset eivät kuitenkaan ole vielä muuttuneet konkreettisiksi toimiksi.

Muutoksella on kiire, sillä on selvää, ettei nykyinen rahoitusmalli enää mahdollista tulevaisuudessa apteekkien lakisääteisten velvollisuuksien hoitamista. Apteekkien katteen tulisi painottua nykyistä huomattavasti enemmän kiinteään toimitusmaksuun, joka olisi riippumaton lääkkeen tukkuhinnasta. Pitkän aikavälin toimintaedellytysten turvaamiseksi toimitusmaksu tulisi lisäksi sitoa henkilöstökustannusten sekä yleisen kustannustason kasvuun. Pelkän lääketaksataulukon tarkistaminen ei riitä tilanteen korjaamiseksi, vaan tarvitaan rakenteellinen uudistus.

Uuden rahoitusmallin tarve on ilmeinen, sillä vaikka apteekkien työmäärä on kasvanut, niin liikevaihto ja tulos ovat pienentyneet. Tämä on johtanut kustannussäästöpaineesiin, koska tilannetta ei voida korjata lisämyynnillä tai hintojen tarkistamisella. Kustannuspuolella ainoa merkittävä säästökohde on henkilöstökustannukset. Työmäärän lisääntymisestä huolimatta henkilöstöä on ollut välttämätöntä karsia taloudellisin perustein tietyissä toimipisteissä. Käytännössä tämä on huono, ammattiapteekkitoimintaa rapauttava, mutta valitettavasti ainut keino saada nykytilanteen vaatimia säästöjä aikaan. Lääkevalmistajien reseptilääkkeiden hintakilpailun jatkuessa apteekkien ahdinko tulee pahenemaan entisestään ilman viranomaisten korjaavia toimenpiteitä.

Jukka Koskipirtti
toimitusjohtaja
Apteekkien Työnantajaliitto

APTEEKKIEN HENKILÖSTÖRAKENNE MUUTOKSEN KOURISSA?

Apteekkien henkilöstömäärä on vuodesta 1999 lähtien kasvanut melko maltillisesti eli 16 %. Henkilöstön vuosittainen lisäys on ollut vajaa 2 %. Viime vuonna henkilöstö ei kuitenkaan enää lisääntynyt. Tähän on syynä apteekkien taloustilanteen heikentyminen.

Apteekin eri ammattiryhmien kehitys kymmenen viime vuoden aikana poikkeaa toisistaan. Proviisorien määrä on lisääntynyt 34 %, farmaseuttien 12 %, lääketeknikoiden 79 % ja teknisten työntekijöiden 21 %. Ns. ”vanhojen farmanomien” määrä on pudonnut 10 % ja siivoojien peräti 66 %. Farmaseuttisen koulutuksen saaneiden osuus on kuitenkin koko ajan pysynyt ennallaan, heitä on 2/3 apteekin henkilöstöstä.

Viime vuonna voimaan tullut viitehintajärjestelmä ja lääkkeiden voimistunut hintakilpailu ovat johtaneet apteekkien katteiden ja tuloksen voimakkaaseen supistumiseen. Tämä on pakottanut yhä useamman apteekkarin miettimään keinoja kulujen karsimiseen ja toiminnan tehostamiseen.

Henkilöstökulut ovat apteekin suurin menoerä ostojen jälkeen. Palkkojen ja henkilöstösivukulujen osuus liikevaihdosta on noin 13 % ja myyntikate 2:sta lähes 50 %. Kulujen karsiminen henkilöstöä vähentämällä ei kuitenkaan ole helppo ratkaisu ongelmaan, koska apteekissa tehtävän työn määrä ei ole vähentynyt, apteekkien työtarjoamisedellytykset sen sijaan ovat vähentyneet heikentyneen palkanmaksukyvyyn myötä.

Seuraavassa eräitä vaihtoehtoja, jotka kannattaa käydä läpi, henkilöstökulujen pienentämistä pohdittaessa.

1. Apteekin aukioloaikojen uudelleen arviointi
2. Lomasijaisien palkkaamatta jättäminen ja lomakausien täysimääräinen hyödyntäminen
3. Lomaltapaluurahojen vapaaksi vaihto
4. Oppilaiden ja harjoittelijoiden määrän rajoittaminen

5. Halukkuus osa-aikaeläkkeelle, opintovapaalle, palkattomalle vapaalle
6. Apteekin henkilöstörakenne ja tehtäväjaot
7. Koko- ja osa-aikatyöntekijöiden suhde
8. Vuokratyövoiman käyttö
9. Tietotekniikan ja automaation lisääminen
10. Alihankintaan siirtyminen
11. Apteekkarin ja/tai yrittäjäpuolison työpanoksen lisääminen
12. E-reseptin vaikutukset henkilöstörakenteeseen

Elleivät edellä olevat keinot osoittautu riittäviksi, on pakko harkita lomautuksia, osa-aikaistamisia tai irtisanomisia taloudellisilla ja/tai tuotannollisilla perusteilla.

Sirpa Peura

farmaseuttinen johtaja

Suomen Apteekkariliitto

PALVELULLA ON HINTANSA! – TARJOUKSET MUULLE TERVEYDENHUOLLOLLE

Apteekit tuottavat väestölle lääkkeisiin liittyviä palveluja, joista tärkeimpiä ovat reseptilääkkeiden toimittaminen ja itsehoitolääkkeiden myyminen sekä näihin liittyvä neuvonta. Apteekin tehtävistä on säädetty lääkelaissa, jossa määritellään apteekkeille, apteekkareille sekä apteekin farmaseuttiselle henkilökunnalle erilaisia velvoitteita. Näistä tärkeimpiä ovat väestön lääkkeiden saannin turvaaminen, riittävä farmaseuttinen henkilöstöresurssi sekä lääkkeiden käytön turvallisuuden varmistaminen neuvonnan ja opastuksen avulla. Lääkevaihto lisäsi tehtäväluetteloon vielä lääkkeiden hintaneuvonnan.

Keskeinen apteekkitoimintaa ohjaava säädös on lääkelain lääkkeiden hinnoittelua koskeva 58§, jonka mukaisesti apteekissa on noudatettava valtioneuvoston hyväksymää lääketaksaa, ja kaikkien lääkkeiden tukkuhintana on käytettävä valtakunnallisesti voimassa olevaa tukkuhintaa. Lääkelaki siis yksiselitteisesti kieltää alennusten antamisen ja vastaanottamisen lääkkeiden tukku- ja vähittäishinnoista.

Lääketaksa-asetuksessa on kuitenkin määritelty tilanteita, jolloin alennusten antaminen on mahdollista tai pakollista. Apteekit saavat antaa alennuksia sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksille ja kanta-asiakkaille. Sotaveteraaneille on annettava 10 % alennus peruskorvattavista lääkkeistä ja lääkkeistä, joita Kela ei lainkaan korvaa. Lääketaksan alennuspykälän tarkoitus ja kohdentaminen on asetuksessa ja sen esitöissä jäänyt epäselväksi. Veteraanien osalta on hieman yleistäen päädytty tulkintaan, jonka mukaisesti kaikki henkilöt, joilla on kuvallisessa Kelakortissa merkinnät R tai MR saavat alennuksen. Kanta-asiakkaiden osalta asetuksen valmistelusta vastannut juristi tarkensi asetuksen tavoitteita Apteekkarilehdessä vuonna 2003. Pekka Järvisen mukaan apteekin kanta-asiakkuuden tulee olla kaikille apteekin asiakkaille avointa ja mahdollista samansisältöisin eduin. Asia on parhaillaan selvitettävänä sosiaali- ja terveysministeriössä,

sillä kauppaketjujen bonuskorttivaatimukset apteekkeille ovat herättäneet hämmennystä ja epätietoisuutta.

Myös määritelmää sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksesta on pohdittu. Lääkelaitos on määritellyt sosiaali- ja terveydenhuollon laitokset ohjeessaan 1/2006: Ilmoitus apteekin tuloista ja menoista. Määritelmä kuuluu seuraavasti:

Terveydenhuollon laitoksia ovat esimerkiksi terveyskeskukset ja niiden lääkekeskukset, sairaalat ja sairaala-apteekit, puolustusvoimien sairaanhoitolaitokset ja vankimielisairaalat ja psykiatriset osastot, muut laitossairaalat, sairastosastot ja vankiloiden poliklinikat sekä sellaiset yksityisen terveydenhuollon yksiköt, joissa on sairaansijoja.

Sosiaalihuollon laitoksia ovat esimerkiksi vanhainkodit, lastensuojelulaitokset, kehitysvammaisten erityishuoltolaitokset, päihdehuoltolaitokset ja invalidihuollon laitokset.

Viranomaisen määritelmä sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksista liittyy apteekkimaksun perusteena olevan liikevaihdon vähennyskelpoisuudesta laitosten myynnin osalta. Lääkelaitos edellyttää edelleen, että apteekki toimittaa lääkkeitä laitoksen käyttöön vastaavan lääkärin, hammaslääkärin, sairaala-apteekin tai lääkekeskuksen hoitajan allekirjoittaman kirjallisen lääketilauksen perusteella.

Apteekki voi siten antaa alennuksia kaikille em. ehdot täyttävälle toimijoille, ja vähentää myynnin osuuden myös apteekkimaksun perusteena olevasta liikevaihdosta.

Yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon laitosten osalta tilanne on kuitenkin toinen. Edellä mainittujen perustelujen mukaisesti apteekki ei voi antaa alennuksia esimerkiksi yksityiselle hammaslääkäriasemalle tai laboratoriolle. Vaikeusastetta lisää se, että kunnat ovat ulkoistaneet julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä yksityisille yrityksille.

Lähtökohtana tarjouspyyntöön vastatessa on turvallisinta vetää raja alennusten tarjoamisessa julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välille siten, että alennuksia tarjotaan vain laitoksille, joissa on sairaansijoja tai joissa lääkkeet kuuluvat kiinteään hoitomaksun piiriin.

Turun hallinto-oikeus vahvisti syksyllä 2009 sen, että julkiselle sosiaali- ja terveydenhuollolle ostopalveluna julkisen palveluntuottajan tehtäviä tarjoava yksityinen taho voi hankkia toiminnassa tarvittavat lääkkeet myös sairaala-apteekista.

ANNOSJAKELU

Annosjakelua tekeviä apteekkeja on yli 300 ja potilaita koko maassa yli 14 000. Palvelu on laajentunut viime vuosien aikana voimakkaasti, ja sen kautta apteekit ovat joutuneet uudenlaisen tilanteen eteen kuntien kilpailuttaessa apteekkeja koneellisen annosjakelupalvelun hankinnassa. Annosjakelun osalta tilannetta mutkistavat vielä palveluun liittyvän maksun korvattavuuden tiukat kriteerit ja korvausjärjestelmästä aiheutuva tilitysmenettely.

Sairausvakuutuslain (1224/2004) 5. luvun 10 §:ssä säädetään annosjakelun kustannusten korvaamisesta. Vakuutetulla, joka on täyttänyt 75 vuotta, on oikeus korvaukseen annosjakelun kustannuksista, jos hänellä on annosjakelun alkaessa vähintään kuusi annosjakeluun soveltuvaa sairausvakuutuslain mukaan korvattavaa lääkettä; lääkitys on tarkistettu tarpeettomien, keskenään yhteen sopimattomien ja päällekkäisten lääkitysten poistamiseksi; ja annosjakeluun siirtyminen on pitkäaikaisessa lääkehoidossa lääketieteelliseltä kannalta perusteltua.

Peruste annosjakeluun siirtymisestä osoitetaan lääkärin lääkemääräykseen tekemällä merkinnällä.

Lääkärin merkintä annosjakelusta edellytetään kaikilta annosjakelupotilailta palvelumaksun korvattavuudesta riippumatta.

Annosjakelusta perittävän palkkion korvaamisen edellytyksenä on, että apteekki on tehnyt Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksen annosjakelusta. Vakuutetulle korvataan annosjakelusta perittävästä palkkiosta 42 prosenttia (max 1,26 €/viikko). Jos yhden viikon hoitoaikaa vastaavien lääkkeiden jakelusta perittävä palkkio on suurempi kuin 3 euroa, korvaus suoritetaan 3 euron suuruisen palkkion määrästä.

Vakuutetulle maksettavaksi jäävä omavastuu ei kerrytä vuotuista omavastuuosuutta eikä siitä makseta lisäkorvausta.

Valtioneuvoston asetuksen (1109/2005) mukaan annosjakelussa peritään lääkekohtainen omavastuuosuus poikkeuksellisesti kolmen kuukauden hoitoaikaa vastaavasta määrästä, vaikka lääke on hankittu sanotun kolmen kuukauden aikana useana osaostona.

Lääkelain (395/1987) 37 a §:n mukaan koneellisessa annosjakelussa olevien potilaiden lääkkeestä voidaan periä enintään voimassa olevan viitehinnan mukainen hinta, jos valmiste kuuluu viitehintajärjestelmän piiriin.

Annosjakelun menettelytapoja on lisäksi tarkennettu Kelan antamilla ohjeilla. Apteekit eivät voi tarjouspyyntöään antaessa poiketa näistä periaatteista. Aptekeilta voidaan kuitenkin pyytää tarjouspyynnössä annosjakelun ja lääkityksen tarkistuksen lisäksi myös esim. kuljetuspalveluja.

Tarjouskilpailuun osallistuvan kannattaa hinnoitella palvelunsa reaalilla tasolla. Jos työtä varten täytyy palkata uutta henkilökuntaa, se täytyy ottaa huomioon hinnoittelussa. Annosjakelu ei yleensä lisää apteekin kiinteitä kustannuksia esim. sähkön käytön tai tilojen vuokran suhteen. Sekä yli- että alihinnoittelua tulee välttää. Alihinnoittelun seurauksena palvelun todellinen arvo hämärtyy ja hintataso asettuu kohtuuttoman alhaiseksi. Ylihinnoittelu pudottaa tarjoajan pois ja asettaa paineita vaihtoehtoisten toimintamallien rakentamiselle.

Annosjakelupalvelun hinnoittelua miettiessään kannattaa olla tietoinen myös siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulakiin perustuen kunnat voivat periä potilaalta kotisairaanhoidon käynnistä enintään 8,70 €. Kaikkein pienituloisimmille kotisairaanhoidon palvelut ovat maksuttomia.

Hankintalain perusteella julkisen sektorin on pakko kilpailuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluhankinnat, kun niiden arvo ylittää 50 000 euroa vuodessa (kynnysarvo nousee 100 000 euroon 2010 aikana). Kaikki kilpailutukset ovat valtakunnallisia, joten niihin voivat osallistua myös palvelun sijaintikunnan ulkopuoliset yritykset. Hankintailmoitukset julkaistaan Hilma-sivustolla, www.hilma.fi.

On syytä korostaa, että kilpailutuksen kohteena olevat yritykset ovat vastuussa antamastaan tarjouksesta, sen sisällöstä ja siitä, että tarjous on ehdokkaiden ja tarjoajien tasapuolisen ja syrjimättömän kohtelun vaatimuksesta tarjouspyynnön mukainen. Harmittavan paljon tarjouksista joudutaan hylkäämään joko myöhästyneinä tai tarjouspyyntöä vastaamattomina.

Toisaalta on hyvä muistaa, että kilpailutus voidaan tehdä vain, jos kunta tai muu julkinen toimija osallistuu palvelusta aiheutuvien kustannusten maksamiseen. Muussa

tapauksissa apteekeilta voidaan vain tiedustella palvelun hintaa, ja maksava asiakas valitsee itse apteeкин, josta hän palvelun hankkii.

Anja Elfving
proviisori
Mikkelin Uusi apteekki

PALVELULLA ON HINTANSA - LÄÄKEHOIDON KOKONAISARVIOINTI

Apteekkipalveluiden hinnoittelu on haastava tehtävä, koska asiakkaat ovat tottuneet saamaan apteekkipalvelunsa ilmaiseksi tai muodollista korvausta vastaan. Lakisääteisten palveluiden hinnoitteluun apteekit eivät voi vaikuttaa, mutta useat apteekit ovat alkaneet tuottaa myös sellaisia palveluita, joiden hinnoittelu on vapaa. Hinnoittelun lähtökohtana voidaan pitää palvelun tuottamisen aiheuttamien kustannusten laskemista. Hinta ei voi kuitenkaan määräytyä pelkästään kustannusten pohjalta, vaan jokaisen palvelun tuottajan on hyvä huomioida hinnoitteluprosessissa myös muita tekijöitä. Lähtökohtaisesti palvelun hinnan tulisi aina olla korkeampi kuin tuotantokustannukset.

Palvelun tuottamisen kustannukset voidaan yleensä jakaa välittömiin ja välillisiin kustannuksiin. Välittömistä kustannuksista suurimman osan muodostavat yleensä työkustannukset. Työkustannuksissa huomioidaan tunti- tai kuukausipalkan lisäksi palkan sivukulut. Välillisiin kustannuksiin voidaan laskea esimerkiksi palvelun tuottamiseen vaadittavan koulutuksen kustannukset. Välilliset kustannukset kohdistetaan palvelun hintaan useammassa erässä.

Lääkehoidon kokonaisarviointi (LHKA) on palvelu, jolla on mahdollista vaikuttaa lääkehoidon tarkoituksenmukaisuuteen ja turvallisuuteen. LHKA on erityisosaamista vaativa tehtävä, johon valmistava koulutus Suomessa käynnistyi vuonna 2005. Ensimmäiset erityispätevyyden suorittaneet proviisorit ja farmaseutit valmistuivat vuonna 2006. LHKA-prosessi koostuu eri vaiheista, jotka toteutetaan samassa järjestyksessä ja suurimmaksi osaksi samansisältöisenä. Prosessin vaiheet voidaan jakaa käynnistysvaiheeseen, taustatietojen keräämisvaiheeseen, kartoitus- ja arviointivaiheeseen sekä raportointiin. Prosessi kestää yleensä useita tunteja.

Vuonna 2008 tehtiin selvitys, jossa laskettiin Lääkehoidon kokonaisarviointi –palvelun tuottamisen aiheuttamat kustannukset. Työn lähtökohtana oli selvittää palvelun tuottamiseen kuluva keskimääräinen aika. Tätä varten saatiin käyttöön yhden henkilön laaja ajankäyttöseuranta, jossa prosessin eri vaiheisiin kuluva aikaa oli mitattu.

Kokonaisuudessaan yhteen LHKA-prosessiin kului aikaa keskimäärin lähes 9 tuntia. Oleellisesti palvelun tuottamisen kustannuksiin vaikuttaa myös arvioijan koulutus pohja (farmaseutti tai proviisori), joten laskelmat tehtiin erikseen molemmille ammattiryhmille.

Välillisiin kustannuksiin laskettiin mukaan LHKA-koulutuksen aiheuttamat kustannukset. Koulutuskustannuksiin laskettiin lukukausimaksut, lähijaksojen matka- ja majoituskulut sekä työstä poissaolon aiheuttama kustannus. Näin saatu koulutuskustannus jaettiin 50 palvelutapahtuman kesken.

Laskelmien perusteella yhden Lääkehoidon kokonaisarviointi –palvelun tuottamisen kustannukset olivat 360 – 500 euroa. Palvelun tuottamisen kustannukset ovat palvelun omakustannushinta, johon yrityksen olisi vielä lisättävä haluamansa voitto-osuus. Palvelun tuottamisen aiheuttama keskimääräinen kokonaiskustannus tuntia kohti oli 40 – 56 euroa.

Lääkehoidon kokonaisarvioinnin tyyppisiä uusia apteekkipalveluita markkinoitaessa on erityisesti korostettava palvelun asiakkaalle tuomaa hyötyä. Asiakkaan olisi nähtävä palvelun itselleen tuoma arvo suurempana kuin sen hinta. Näin palvelu voitaisiin hinnoitella siten, että hinta kattaisi vähintäänkin kustannukset ja toisi mielellään myös hieman voittoa.

Petra Vidgren

apteekkari

Kuopion VI Niiralan apteekki

PALVELULLA ON HINTANSA - KANSANTERVEYSOHJELMAT

Reijo Kärkkäinen

lakimies

MISTÄ APTEEKIN KATE TULEE EUROOPASSA?

Apteekin talouden reunaehdot

Suomessa on tultu tilanteeseen, jossa lääkkeen hintaan perustuva apteekin palkkio ei enää turvaa kaikille apteekeille riittäviä taloudellisia mahdollisuuksia hoitaa lääkelakiin sisältyvät velvoitteet avoterveydenhuollon lääkejakelussa.

Erityisesti reseptilääkkeiden toimittaminen ja siihen oleellisesti sisältyvän suorakorvaussopimuksen mukaiset velvoitteet ovat muuttumassa toiminnan liiketaloudellisesti kannattamattomaksi monille apteekeille.

Lääkevaihdon ja viitehintajärjestelmän käyttöönotto ovat voimakkaasti kiristäneet lääkkeiden hintakilpailua tilanteessa, jossa geneeristen lääkkeiden markkinaosuus on kasvanut tuntuvasti erityisesti suurien kansansairauksien lääkehoidossa.

Yhteiskunnalle eli KELA:lle aiheutuvien lääkekustannusten kasvu on näillä keinoilla saatu puristettua hyväksyttävälle kasvu-uralle.

Lääkeyritykset ovat joutuneet sopeuttamaan toimintaansa ja markkinaosuudet ovat muuttuneet kovenevassa kilpailussa.

Apteekkien taloutta ei voida sopeuttaa yhtä yksinkertaisesti. Valtio päättää kaikki hinta- ja korvauskomponentin tekijät, kuten lääkkeiden hinnat ja apteekin palkkion, kustannukset kasvavat vääjäämättömästi eikä henkilöstörakenteeseen voi juurikaan vaikuttaa. Myös ostoalennusten käyttö kiellettiin vuonna 2006.

Mallia voidaan hakea muista EU-maista

Suomi tulee moniin muihin EU –maihin verrattuna jälkijunassa lääkekustannusten kasvun hillitsemisessä. Lääkevaihto ja viitehintat ovat olleet useimmissa EU –maissa jo vuosia käytössä. Meillä olisi voitu ennakoida tulevaa ja ryhtyä pohtimaan apteekkien palkkiojärjestelmän uudistamista samaan aikaan, kun uusia lääkekustannuksiin vaikuttavia järjestelmiä otettiin käyttöön.

Tämä hetki globaalin talouden aiheuttaman kriisin keskellä on huonoin mahdollinen aika hakea kohdennettua kompensatiota apteekkeille. Apteekkien talouden ahdinko ei kuitenkaan johdu nykyisestä talouskriisistä, vaan puhtaasti kotimaisista toimenpiteistä.

Euroopassa on vallitseva suuntaus ollut se, että apteekki saa eri tavoin määriteltynä palkkiota tehdystä työstä. Tämä tarkoittaa sitä, että apteekin palkkion riippuvaisuus toimitettavan lääkkeen hinnasta pienenee ja toimituspalkkio ja/tai palvelupalkkio vastaavasti kasvaa. Toimituspalkkio voi perustua joko toimitettavien lääkkeiden lukumäärään tai toimitettavien reseptien lukumäärään. Palvelupalkkioiden osalta on käytössä useita erilaisia toimintamalleja ja ne kaikki edellyttävät palvelutoiminnan sisällön ja laadun määrittelyä ja erillistä seurantaan palkkion maksamiseksi.

Lääkkeen hintaan perustuva ja toimituspalkkioperusteinen malli toimivat monissa maissa rinnakkain.

Lisäksi lähes kaikissa maissa apteekit voivat ostotoiminnan kautta vaikuttaa omaan talouteensa hyvinkin merkittävästi.

Useissa maissa apteekit ja valtio tekevät vuosittaiset sopimukset, joissa määritellään apteekin palkkioon liittyvät taloudelliset komponentit.

Perusteena siirtymiselle enemmän toimitus- ja palvelupalkkioperusteiseen malliin on ollut usein se, että apteekki voidessaan vaikuttaa lääkkeen valintaan, käyttäisi perusteena potilaan oikeaa lääkitystä eikä lääkkeen hinnalla olisi apteekille kovin suurta merkitystä. Potilaalle lääkkeen hinnalla on usein suurikin merkitys.

Esityksessä esitellään eräitä eurooppalaisia malleja.

Carita Linden-Lahti

koulutussuunnittelija, proviisori

Farmasian tiedekunta, Helsingin yliopisto

TILANNEKATSAUS AMMATILLISEEN KEHITTYYMISEEN – FARMASIAN ALAN KOULUTUSPALETTI

Sairaala- ja terveyskeskusfarmasian näkökulmasta farmasian koulutuksen haasteena on ollut vastata siihen kohdistuneisiin tarpeisiin. Farmasian peruskoulutus antaa parhaat valmiudet avoaptekeissa työskentelyyn, jonne suurin osa valmistuvista farmaseuteista ja proviisoreista työllistyykin. Työskentely sairaala- tai terveyskeskussektorilla vaatii kuitenkin erityisosaamista, jota farmasian perusopinnot eivät pysty rajallisten resurssien vuoksi kattamaan.

Lääkkeenvalmistus ja lääkehuolto ovat perinteisesti olleet sairaala-apteekkien ja lääkekeskusten vahvaa osaamisaluetta. Kansainvälisten kokemusten kautta myös suomalaisen sairaala- ja terveyskeskusfarmasian kehittymiselle ovat luoneet painetta erityisesti kliininen farmasia ja osastofarmasia. Kansallisella tasolla potilas- ja lääkitysturvallisuuden painottaminen on myös laajentanut farmasian osaamistarvetta.

Paine sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskentelevien farmaseuttien ja proviisorien kouluttamisesta kohdistuu etenkin täydentävään koulutukseen. Sairaala- ja terveyskeskusfarmasian erikoistumiskoulutusta järjestettiin Kuopion yliopistossa (nyk. Itä-Suomen yliopisto) vuosina 1995 – 2001, mutta koulutus pysähtyi liian vähäisiin koulutusresursseihin. Opetusministeriön tasolla kiinnitettiin huomiota erikoistumiskoulutuksen puuttumiseen ja se myönsi koulutukselle vuoden 2009 ajalle suunnittelurahoituksen. Helsingin yliopisto on jatkanut rahoituskautta vuosille 2010 – 2012, jotta erikoistumiskoulutus saadaan konkreettisesti käynnistettyä. Ensimmäinen uusi erikoistumiskoulutus (45/60 op) tulee näillä näkymin käynnistymään Helsingin yliopistossa syksyllä 2010. Sairaala- ja terveyskeskusfarmasian erikoistumiskoulutuksen aloittamis- ja vakiinnuttamistyötä tukee toiminnallaan myös vuonna 2009 perustettu farmasian erikoistumiskoulutusten ja -opintojen yhteistyöverkosto.

Vuonna 2009 yliopistojen täydennyskoulutusyksiköiden toimesta saatiin käyntiin myös osastofarmasian erityispätevyyskoulutus (30 op). Erikoistumiskoulutus ja erityispätevyyskoulutus on suunniteltu yhteistyössä siten, että ne ovat toisiaan täydentäviä kokonaisuuksia. Erikoistumiskoulutuksessa pyritään luomaan perusedellytykset sairaala- ja terveyskeskusfarmasian erityisosaamisen kehittymiselle ja osastofarmasian erityispätevyudessa on mahdollisuus syventyä yhteen sairaala- ja terveyskeskusfarmasian osa-alueeseen.

Lääkkeenvalmistuksen ja käyttökuntoon saattamisen sekä lääkelogistiikan rinnalle ovat sekä sairaala- ja terveyskeskusfarmasian erikoistumiskoulutus että osastofarmasian erityispätevyys nostaneet klinisen farmasian ja turvallisen lääkehoidon. Tällä koulutukset pyrkivät edistämään sairaala- ja terveyskeskusfarmasian kehittymistä Suomessa ja vastaamaan lähitulevaisuuden osaamistarpeisiin. Sairaala- ja terveyskeskusfarmasian ammattilaisille kokemusten mukaan hyvin soveltuvaa täydentävää koulutusta on myös lääkehoidon kokonaisarviointin erityispätevyys, joka antaa valmiudet tärkeän klinisen farmasian osa-alueen hallintaan.

Raisa Laaksonen

yliopistonlehtori, apotekare, PhD

Department of Pharmacy & Pharmacology, University of Bath

SAIRAALAFARMASIAN MAHDOLLISUUDET TERVEYDENHUOLLOSSA?

Isossa-Britanniassa *National Health Service* (NHS) hoitaa potilaita terveyskeskuksissa ja sairaaloissa, joissa lääkarit, proviisorit ja hoitajat huolehtivat yhteistyössä potilaista. Terveysthuollon palvelut perustuvat tieteellisesti todistettuun käytäntöön (*evidence based practice*) potilaan parhaaksi (1), mikä vaatii jatkuvaa ammatillisten tietojen ja taitojen pitämistä ajantasalla. Proviisorit tukevat lääkäreitä lääkkeiden määräämistä koskevilla päätöksillä ja arvioivat potilaiden lääkitysten turvallisuutta, tarkoituksenmukaisuutta sekä tehokkuutta, sillä lääkitys-ongelmat voivat aiheuttaa haittavaikutuksia johtaen sairaalakäyntiin tai pidentäen sairaalassa oloa.

Sairaaloissa proviisorit toimittavat reseptejä yksittäisille potilaille - lääkkeitä ei lähetetä osastoille tarkastamatta hoidon turvallisuutta, tarkoituksenmukaisuutta ja tehokkuutta. Proviisorit myös valmistavat lääkkeitä, neuvovat lääkäreitä ja sairaanhoitajia osastoilla asianmukaisen lääkityksen valinnassa ja antamisessa sekä potilaita lääkkeiden käytössä, kouluttavat proviisoreita ja muita terveydenhuollon-ammattilaisia, osallistuvat lääkekomiteoiden toimintaan valiten tehokkaimmat, turvallisimmat ja kustannuksiltaan edullisimmat lääkkeet sairaalan käyttöön, tarkastavat farmasian palvelujen laatua ja kehittävät uusia, sekä osallistuvat tutkimukseen kehittäen tieteellisesti todistettua käytäntöä.

Proviisorit edistävät potilasturvallisuutta: he tarkastavat lääkemääräykset osastoilla ja lääkkeitä toimittaessaan sekä valmistaessaan sairaala-apteekissa (2). Useimmat proviisorien ehdottamista lääkehoidollisista interventioista hyväksytään ja monet ovat potilasturvallisuuden kannalta tärkeitä. Proviisorien panos potilaiden hoitoon on tärkeä: potilaskuolleisuus sairaaloissa on sitä alhaisempi mitä enemmän proviisorit osallistuvat potilasneuvontaan ja mitä enemmän sairaaloissa on apteekki-henkilökuntaa (3). Potilasneuvonnassa proviisorien tulisi pyrkiä antamaan yksilöllistä lääketietoutta, sillä sekä potilaiden ikä, sosioekonominen asema, sairaudet että aikaisempi kokemus lääkkeiden sivuvaikutuksista vaikuttavat heidän halukkuuteensa vastaanottaa tietoa (4,5). Proviisorien

odotetaan kehittävän ja ylläpitävän asiantuntemustaan uusilla potilastyön alueilla, kuten lääkkeiden määräämisessä.

University of Bath ja 25 muuta yliopistoa tarjoaa farmasian perusopetusta (*MPharm*) ja noin 20 yliopistoa tarjoaa erilaisia jatkokoulutusohjelmia Isossa-Britanniassa. Sairaalaproviisorien odotetaan suorittavan klinisen farmasian kurssin osana työtään (*Certificate/Diploma*). Proviisorit voivat myös määrätä lääkkeitä asiantuntemus-alueensa potilaille suoritettuaan tarvittun koulutuksen (*supplementary/independent prescribing*). Pätevyysviitekehykset voivat tukea proviisoreita asiantuntemuksen kehittämisessä ja ylläpitämisessä (6,7).

Viitteet

- (1) Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 1996;312:71-2.
- (2) Knez L, Laaksonen R, Duggan C, Nijjar R. Evaluation of clinical interventions made by pharmacists in cancer services. *Pharmaceutical Journal* 2008;280:277-80.
- (3) Borja-Lopetegui A, Webb DG, Bates I, Sharott P. Association between clinical medicines management services, pharmacy workforce and patient outcomes. *Pharmacy World & Science* 30, 418-420. 2008.
- (4) Duggan C, Bates I. Medicine information needs of patients: the relationships between information needs, diagnosis and disease. *Quality and Safety in Health Care* 2008;17:85-9.
- (5) Laaksonen R, Duggan C, Bates I. Desire for information about drugs: relationships with patients' characteristics and adverse effects. *Pharmacy World & Science* 2002;24:205-10.
- (6) Mills E, Laaksonen R, Bates I, Davies G, Duggan C. Self-assessment of competence in a community pharmacy setting. *Pharmacy Education* 2005;3-4:189-99.
- (7) Stupariu I, Laaksonen R. Developing training for tutors and mentors supporting self-assessment of competence. LLLP Conference, Helsinki, Finland, 2009; Conference Abstracts. <http://lllp.pbworks.com/Abstracts>.

Minna Leinonen

osastofarmaseutti

Sairaala-apteekki, KYS

URA-CASE 1

Olen valmistunut farmaseutiksi Kuopion yliopistosta maaliskuussa 2006 ja noin kahden vuoden avoapteekkityössä vietetyn vuoden jälkeen siirryin töihin KYSiin. Sairaala-farmaseuttiurani on siis lyhyt, mutta voitaneen kai sanoa, että sitäkin vauhdikkaampi. KYSin palveluksessa aloitin tammikuussa 2008 ja jo maaliskuun alussa siirryin osastofarmaseutiksi. Aluksi olin kolmen osaston yhteinen farmaseutti. Työskentelin kirurgian klinikassa kahdella gastro-enterologisella osastolla ja lisäksi urologian osastolla. Työtehtävät koostuivat lähinnä lääkelogistiikasta, tablettien jakamisesta potilaskohtaisiin annoksiin sekä suonensisäisenlääkityksen esivalmisteluista. Kuitenkaan esimerkiksi en ennättänyt laimentaa antibiootteja laisinkaan. Kun osastojen kokemukset osastofarmasiasta kasvoivat, toinen gastro-enterologisista osastoista toivoi farmaseutin kokopäiväistä työpanosta. Niinpä siirryinkin sinne kokopäiväiseksi osastofarmaseutiksi kesäkuun alussa 2009. Työtehtäväni laajenivat tämän muutoksen myötä huomattavasti. Osastomme lääkehoitosuunnitelmaan tehtäväkseni on mainittu lääkkeiden tilaus, vastaanotto ja varastointi, lääkekaappien huolto ja tarpeettomien lääkkeiden palautus, lääkehävikin seuraaminen, tablettilääkkeiden jakaminen tarjottimille, kalliiden lääkkeiden lisälaskutus, lääkehoidon näyttöjen vastaanotto (tablettilääkkeiden jako ja iv-lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen), asiantuntijapalvelu päivittäiseen työhön liittyen (lääkeinformaatio ”työnlomassa”), i.v-lääkkeiden käyttökuntoon saattaminen, huumausainekorttien kirjaamisen seuranta (tarkistus päivittäin), lääkekustannusten seuranta, osallistuminen osaston lääkehuollon kehittämiseen (mm. lääkehoitosuunnitelman päivitys yhdessä vastuuhenkilöiden kanssa), neuvonta ja koulutus sekä opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdytys lääkehuollossa/-hoidossa. Sen lisäksi työtehtäviini kuuluvat mm. N-lääkkeiden ja PKV-lääkkeiden kulutuksen seuranta, lisäykset suonensisäisiin ravitsemuksiin, mahdollisten interaktioiden ja päällekkäislääkitysten huomioiminen lääkekorteilta, potilaspaikkanumeroiden tarkistaminen päivittäin, lämpötilaseuranta

päivittäin, kotiutuvien/siirrettävien potilaiden lääkkeiden jakaminen potilaiden mukaan tarvittaessa, tarvittaessa lääkkeiden järjesteleminen potilaalle jatkohoitopaikkaan, osastojen välisten lainojen seuraaminen ja lainojen palauttaminen sekä lääkkeisiin liittyvä selvittelytyö: lääkkeiden säilyvyydet, ohjeiden tulkinta, valmisteiden vaihdot, lääkkeiden saatavuudet, vaihtoehdot lääkityksessä.

Työni parhaisiin puoliin kuuluu moniammatillisuus ja osaston into osastofarmaseutin työnkuvan kehittämiseen ja laajentamiseen. Osastollamme olemme suunnitelleet farmaseutin antamaa potilasohjausta, osastotunteja ja henkilökunnan koulutuksia. Ne ovat tulevaisuudessakin osastofarmasiamme kehittämisalueet. Yhteistyön tiivistäminen hoitajien, lääkäreiden ja farmasistien välillä koen myös tärkeäksi kehittämisalueeksi.

Olen opiskelemassa osastofarmasian erityispätevyyttä (30 op) ja se on antanut mahdollisuuksia kehittää osastofarmasian asemaa omallakin osastolla. Sairaala- ja osastofarmasian tiimoilta olen myös Kliinisen farmasianseuran jäsen sekä mukana SATEFA:n Savo-Karjalan alueosaston toiminnassa. Verkostoituminen toisten sairaala- ja osastofarmasistien kanssa on hyödyllistä, hedelmällistä ja erittäin tärkeää.

Leena Kaarlonen

johtava farmaseutti, Lääkehoidon kokonaisarvioinnin erityispätevyys

Salon terveyskeskus

URA-CASE 2

Omaa työuraani ajatellen kohdallani on toteutunut sanonta: ”Muutos on mahdollisuus”. Olen työskennellyt Sairaala- ja terveyskeskusfarmasian parissa yli 20 vuotta. Aloitin Perniön terveyskeskuksessa Keskuslääkevaraston hoitajana. Kuvittelin jääväni aikanaan eläkkeelle tästä virasta, mutta toisin kävi. ”Elämä on enemmän kuin meidän kuvitelmamme”, kuten eräässä kirjassa sanotaan. Minulle tarjoutui tilaisuus kehittää ja tehdä työtä nimenomaan farmasian alan asiantuntijana, kun Perniön terveyskeskus fuusioitui Salon kansanterveystyön kuntayhtymään v. 2006 ja lääkekeskus lakkautettiin seuraavan vuoden alussa. Olin tällöin aivan uuden tilanteen edessä.

Kävimme esimieheni kanssa kehityskeskustelun uudesta toimenkuvastani. Esiin nousi silloin myös potilaiden lääkityksen arviointi. Yksimielisesti todettiin, että tämä vaatii farmaseutilta lisäkoulutusta, johon työnantaja siis suhtautui myönteisesti. Lääkehoidon kokonaisarviointi = LHKA tuntui siinä vaiheessa vielä aika kaukaiselta, mutta alkoi kypsyä vähitellen mielessäni. Aloin ottaa siitä aktiivisesti selvää. Olin huomannut, että tällainen pilottikoulutus oli jossain vaiheessa alkanut Kuopiossa. Ratkaisevasti LHKA-koulutukseen hakeutumiseeni vaikuttivat Satefan koulutuspäivillä kuulemani Haukiputaan terveyskeskuksen proviisorin ja lääkärin käytännön kokemukset lääkehoidon kokonaisarvioinnista. Sain vielä tilaisuuden käydä henkilökohtaisesti paikan päällä Haukiputaalla tutustumassa asiaan. Ajattelin, että tässä olisi Salon terveyskeskukseen toimintamalli, joka voisi parantaa potilaiden lääkehoidon laatua sekä vähentää lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan työtaakkaa.

Aloitin LHKA-opintoni Helsingissä v. 2008 ja sain erityispätevyyden viime syysinä v. 2009. Moniammatillinen yhteistyö lääkärin ja hoitajien kanssa lähti heti koulutuksen alusta alkaen hyvin liikkeelle ja jatkuu edelleen. Yhteistyölääkäreinä toimivat kanssani tk-sairaalan ylilääkäri ja osastonlääkäri. Kumpikin lääkäreistä on antanut erittäin positiivista palautetta ja korostanut oppineensa paljon näistä yhteisistä potilastapauksistamme. Oppiminen on

ollut molemminpuolista ja olen itse saanut paljon tärkeää tietoa heiltä potilaiden lääkityksistä. Kaikkia potilaita en onnistunut haastattelemaan ja siksi olivat hoitajien havainnot potilaiden voinnista alku- ja seurantavaiheessa erittäin tärkeitä.

Toisen LHKA-potilaani kohdalla tuli puheeksi ravinnon vaikutus lääkkeen imeytymiseen, kyseessä oli Parkinson-lääke *levodopa*. Yhteistyölääkärimini oli sitä mieltä, että kävisin erikseen hoitajille puhumassa tästä asiasta. Sattumalta alkoi juuri silloin FOK:n verkkokurssi "Ravitsemus osana lääkehoitoa" ja valitsin sen yhdeksi valinnaisaineeksi LHKA-opintoihini. Tältä pohjalta olen pitänyt kyseisestä aiheesta työpaikallani koulutuksia vuodeosastojen ja vanhainkotien henkilökunnalle. Uusia koulutuspyyntöjä on tarjoutunut ja moniammatillinen yhteistyö on edelleen kehittynyt.

Koulutuksen jälkeen olen kertonut lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle LHKA:sta erilaisissa palaverissa ja työryhmissä. Suurimmaksi osaksi saamani palaute on ollut myönteistä ja kannustavaa. Tarvetta tuntuu olevan sekä lääkehoidon kokonaisarviointiin että kevyempään lääkehoidon tarkastukseen. Kaikkia ongelmia ei toki lääkityksellä voida korjata, eikä osa potilaista halua heidän lääkityksiin puututtavankaan.

Opintojeni ansiosta olen saanut paljon lisätietoa lääkehoidoista sekä hyviä työkaluja potilaiden lääkityksen parantamiseen. Voin sanoa saaneeni vankan tukipilarin, vahvuuden, josta voin ammentaa oppia moniin haasteisiin sekä runsaasti itseluottamusta. Tästä on ollut todella apua, kun olen opintojeni jälkeen tehnyt kokonaisarviointeja, ollut mukana kehittämässä lääkehoitokäytäntöjä ja vaikuttamassa potilaiden turvallisempaan lääkehoitoon.

Suhtaudun positiivisesti lääkehoidon kokonaisarvioinnin tulevaisuuteen terveyskeskuksessamme. Tämä on haasteellista, mutta myös erittäin mielenkiintoista sekä pitkäjänteisyyttä vaativaa. Oma osaamista on myös jatkuvasti ylläpidettävä ja kehitettävä. LHKA on vaikuttanut ratkaisevasti toimenkuvaani ja toivonkin voivani olla tiennäyttäjänä muille farmasisteille. Kannustan kaikkia teitä, jotka mietitte osallistumistanne LHKA-koulutukseen ja joilla on siihen mahdollisuus, lähtemään rohkeasti mukaan.

Terhi Rokala

lastentautien vastuualueen klinikkafarmaseutti

PSHP sairaala-apteekki, TAYS

URA-CASE 3

Osastofarmasialla tarkoitetaan farmaseuttista työtä, jota farmaseutti tai proviisori tekee osastoilla. Klinikkafarmasia tarkoittaa vastaavasti useammalla vuodeosastolla, osastoryhmässä tai klinikassa tapahtuvaa farmaseutin tai proviisorin suorittamaa farmaseuttista työtä. Tässä tekstissä puhutaan klinikkafarmaseutista, mutta yhtä lailla henkilö voisi olla klinikkaproviisori.

Klinikkafarmasiassa käytännön työ painottuu ohjaukseen, koulutukseen, epäselvien kysymysten selvittämiseen, toimintaohjeiden päivittämiseen, toimintatapojen suunnitteluun ja kysymyksiin vastaamiseen. Jokapäiväisten käytännön ja juoksevien toimien, kuten lääketilausten tekemisen, lääkkeiden jakamisen tai lääkkeiden käyttökuntoon saattamisen tekemistä kannattaa harkita tarkasti klinikkafarmaseutin työtä suunniteltaessa. Koska klinikkafarmaseutilla on monta osastoa työalueenaan, käytännön jokapäiväisiin toimiin ei ole aikaa eikä mahdollisuutta. Hän on vain osan työviikosta tietyllä osastolla, esimerkiksi vain yhden päivän. Tällöin muina viikonpäivinä osaston on selvittävä ilman farmaseuttia lukuun ottamatta puhelintukea.

Klinikkafarmaseutin työnkuvaa suunniteltaessa on hyvä miettiä, mikä on mielekästä ja hyödyllistä osastojen ja työtä tekevän farmaseutin kannalta. Klinikkafarmaseutti on lääkealan asiantuntija. Työnkuvan pitää olla sellainen, että siitä on hyötyä osastolle silloinkin, kun farmaseutti ei ole paikalla. Esimerkiksi iv-lääkkeiden käyttökuntoon saattamisesta tai potilasohjauksesta voi tehdä kirjallisia toimintaohjeita sairaanhoitajille, jolloin käytännöt yhtenäistyvät osaston ja osastoryhmän sisällä ja lääketurvallisuus paranee. Osastokoulutukset ja pienryhmien perehdytys tiettyyn tehtävään ovat hyviä töitä klinikkafarmaseutille. Uusien käyttöön otettavien lääkkeiden käytön ohjaus on tärkeä työ lääketurvallisuuden vuoksi. Muita hyviä töitä klinikkafarmaseutille ovat potilasohjaus, potilaiden lääkityksen tarkistaminen ja lääkehoidon kokonaisarviointi.

Klinikkafarmaseutti on osaston yhteyshenkilö sairaala-apteekkiin. Klinikkafarmaseutti tarvitsee vastaavasti jokaiselta osastolta itselleen motivoituneen yhteystyökumppanin pystyäkseen työskentelemään täysipainoisesti. Kitkaton yhteistyö lääkkeistä vastaavan sairaanhoitajan ja osaston lääkärin kanssa on edellytys klinikkafarmaseutin toimivalle työskentelylle.

Klinikkafarmaseutin työn motiivi on tehdä työtä potilaan parhaaksi lääketurvallisuutta parantaen.

Raimo Ojala
erikoisproviisori
Sairaala-apteekki, KYS

KLIININEN TIEDONHAKU: KUINKA RATKAISEN LÄÄKEHOITO-ONGELMAN?

Tiedonhaun laajuus ja tietolähteen valinta riippuvat lääkehoito-ongelman luonteesta. Riittävät taustatiedot ja ongelman rajausta tehostavat ongelman ratkaisua. Samalla myös vastauksen laatu paranee eli vastaus on tilanteeseen nähden riittävä, selkeä ja annettu ajoissa. Annostusta ja antotapaa sekä haitta- ja yhteisvaikutuksia koskevat kysymykset ovat tavallisimpia lääkeinformaatiopalveluun tulleista tehtävistä.

Annostukseen ja antotapaan liittyvissä kysymyksissä tyypillisesti potilaasta tarvittavia tietoja ovat ikä, paino, munuaisten toiminta, sairaudet, lääkkeen käyttöaihe ja laboratoriotuloksia. Lisäksi varsinainen ongelma pitää osata kiteyttää. Lääkkeiden annostukset on määriteltävä valmisteyhteenvedoissa. Ongelmia muodostavatkin erikoistilanteet ja lääkehoidon kokonaisuuden saaminen sujuvaksi. Tällöin täytyy ottaa huomioon potilaan vointi, lääkehoidolle asetetut tavoitteet, lääkkeiden yhteisvaikutukset, riskit, lääkemuotojen ominaisuudet, lääkkeiden farmakokineettiset ja -dynaamiset ominaisuudet. Suoraa vastausta ei välttämättä löydy kirjallisuudesta, vaan saatavilla olevia perustietoja on sovellettava tilanteeseen.

Yhteisvaikutusten selvittäminen voi olla rutiiniluonteinen ”turvatarkastus” interaktio-ohjelman avulla. Tulokseen pitää suhtautua kriittisesti, sillä ohjelmien kyky havaita farmakodynaamisia yhteisvaikutuksia vaihtelee. Kasautuvat ja kumoutuvat vaikutukset täytyy siis tarkastaa kriittisellä silmällä.

Haittavaikutukset on kuvattu ja luokiteltu nykyisin hyvin valmisteyhteenvedoissa. Tiedonsaanti yksittäisestä valmisteesta on siis helppoa. Käytännön tilanteessa potilaalla on jokin oire, jonka epäillään olevan lääkkeestä peräisin, mutta ei tiedetä mistä lääkkeestä. Aiheuttajan jäljille voi päästä, jos oire voidaan ajallisesti yhdistää esimerkiksi jonkin lääkkeen aloitukseen. Haittavaikutusten tarkistamiseksi ei ole yleisessä käytössä tietokantaa. Elektroninen Pharmaca Fennica voisi olla sellainen, mutta kontrolloidun sanaston puute tekee Pharmacasta epävarman tietolähteen ongelman ratkaisuihin.

Lääkehoidon kokonaisarvioinnissa ja muussa laajassa konsultaatiossa tarvitaan mahdollisimman täsmällinen ongelman kuvaus ja taustatietojen selvitys, jotta tiedonhaut osataan suunnata.

Tietolähteitä:

Duodecim lääketietokanta: Integroitu haku keskeisistä kotimaisista lääketietolähteistä.

Thomson Micromedex: Valmistajan tuottama ja tutkimustieto strukturoidussa muodossa. Lisäksi interaktio- ja yhteensopivuustietokannat. Tehokas työväline.

Interaktio-ohjelmia: SFINX, Lexi -interact, Stockley's Drug Interactions, Thomson Micromedex Interactions.

Muita: Meyler's Side Effects of Drugs, AHFS Drug Information, Handbook on Injectable Drugs, BNF, BNF for Children, Handbook of Drug Administration via Enteral Feeding Tubes

Airi Partanen

kehittämispäällikkö

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

HUUMETILANNE SUOMESSA

Suomen huumetilanne paheni 1990-luvun puolivälistä alkaen 2000-luvun alkupuolelle asti. Noina vuosina huumeiden käytön – pääasiassa kannabiksen – käytön kokeilut yleistyivät, huumeiden ongelmakäyttäjien määrä lisääntyi, huumeisiin liittyvät kuolemantapaukset lisääntyivät, samoin kuin monet sosiaaliset ja terveydelliset haitat, kuten huumeiden käyttäjien keskuudessa alkanut hiv-epidemia vuonna 1998. Huumeiden käyttö ja käyttöön liittyvien haittojen kasvu tasaantui kuitenkin 2000-luvun alkuvuosina, ja tähän ovat osaltaan olleet vaikuttamassa sekä hoito- että kontrollijärjestelmän interventiot. Huumeiden käyttäjien terveysneuvontatoiminnan käynnistäminen 1997 antoi hyvän lähtökohdan huumeiden käyttäjien terveysneuvontatoiminnan laajentamiseen ja hiv-epidemia saatiin nopeasti rajoitettua. Vuosina 2002-2003 panostettiin erityisesti huumeiden ongelmakäyttäjien hoidon kehittämiseen. Opiaattiriippuvaisten korvaushoitoa koskevaa asetusta (33/2008) on muutettu niin, että korvaushoidon toteuttamisen mahdollisuudet ovat lisääntyneet. Hoidon kehittämisen rinnalla on panostettu myös huumeiden saatavuuden rajoittamiseen poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen toiminnoilla.

Viime vuosina tilanne on ollut muilta osin vakaa, mutta huumausaineisiin liittyvät kuolemat ovat lisääntyneet. Kannabista joskus kokeilleiden osuus 15–69-vuotiaassa väestössä oli vuoden 2008 kyselyn ennakkotietojen mukaan 13 prosenttia. Taso on pysynyt lähes samana koko 2000-luvun. Nuorten huumausaineiden kokeilut ovat vähentyneet 2000-luvun lopussa. Vuoden 2007 ESPAD-tutkimuksen mukaan 15–16-vuotiaista koululaisista 8 prosenttia oli kokeillut kannabista joskus elämänsä aikana. Viimeisin arvio opiaattien ja amfetamiinien ongelmakäyttäjien määrästä on vuodelta 2005, jolloin arvioitiin, että ongelmakäyttäjiä oli 14 500–19 100. Lähes neljä viidestä ongelmakäyttäjistä arvioitiin olevan amfetamiinin käyttäjiä.

Suomalaiselle huumausaineiden ongelmankäytölle tyypillistä on alkoholin vahva asema oheispäihteenä, buprenorfiinin pistoskäyttö ja samanaikaiset mielenterveyden

häiriöt. Huumausaineiden ongelmakäyttäjät ovat usein hyvin syrjäytyneitä. Vuonna 2008 huumehoidossa olevista asiakkaista 64 prosenttia oli työttömiä ja 11 prosenttia asunnottomia.

Poliisin tietoon tulleiden huumausainerikoksien määrässä ei ollut tapahtunut muutosta 1998 edellisvuoteen verrattuna. Suomen huumausainemarkkinoilla esiintyy kannabistuotteita, synteettisistä huumausaineista amfetamiinia ja ekstaasia, buprenorfiinia sekä bentsodiatsepiinilääkevalmisteita. Heroiinia on tarjolla niukasti. Viime aikoina on ollut viitteitä siitä, että kannabiksen kotikasvatus saattaa olla yleistymässä.

Antti Holopainen

ylilääkäri

Järvenpään sosiaalisairaala, A-klinikkasäätiö

OPIOIDIT JA KORVAUSHOITO

Ulrich Tacke

dosentti, LKT

Farmasian laitos, Terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto ja

Kuopion yliopistollinen sairaala

SYNTEETTISET HUUMEET

Synteettiset huumeet ovat kemiallisista raaka-aineista valmistettuja psykotrooppisia aineita. Tämä huumausaineryhmä voidaan jakaa varsinaisesti huumeeksi luokiteltuihin kemiallisiin aineisiin, teollisuuskemikaaleihin ja ns. muokattuihin huumeisiin ("**designer drugs**"). Jälkimmäiseen ryhmään kuuluvat mm. toistakymmentä amfetamiinin johdannaista, joiden synteesillä yritettiin alun perin kiertää huumausainelainsäädäntöä ja toimintaa näyttää jatkuvan. Osa syntetisistä huumeista (esim. "gamma", ekstaasi ja ketamiini) ovat saaneet ryhmänimeksi "club drugs" ("bilehuumeet"), koska niitä on käytetty erityisesti tanssi- ja seurustelutapahtumien yhteydessä. **Gammahydroksibutyraatti (GHB, "gamma")** on γ -aminovoihapon (GABA:n) luonnollinen metaboliitti ja se toimii GABA-reseptoriagonistina. GHB:ta käytetään anestesia-aineen ja alkoholivieroituslääkkeenä useissa EU-maissa ja sen natriumsuolan (natriumoksibaatti) käyttöindikaatio on narkolepsia. GHB on saanut myös maineen anabolisena ja libidoa nostavana aineena ja sitä on käytetty USA:ssa erityisesti kehonrakentajien piirissä. Kirjallisuudesta löytyy mainintaa aineen käytöstä "tyrmäystippoina", jonka avulla uhri on saatu vastustuskyvyttömään tilaan. Ensimmäiset havainnot GHB:n huumeikäytöstä on Suomessa tehty v. 1997. Laittomassa GHB:n valmistuksessa käytetään teollisuusliuottimia gammabutyrolaktonia (GBL) ja 1,4-butaanidiolia (1,4-BD). "Gammaa" käytetään per os nesteinä tai jauheensta tehtynä liuoksena ja se imeytyy nopeasti. Yliannostuksen riski on suuri, mm. aineen farmakokinetiikasta johtuen, koska puhdistuma pienenee annoksen kasvaessa. Toivotut vaikutukset (euforia, rentoutuminen) kestävät 1-3 tuntia. Suurempiin annoksiin voi liittyä väkivaltaisuutta, jota voi esiintyä myös heräämisvaiheessa. Flumatseniili ei toimi antidootina. Vieroitusoireita hoidetaan diatsepaamikyllästyksellä. **GBL ("lakka")** on GHB:n esiaste (kts. yllä) ja luokiteltu lääkkeeksi. Aineesta syntyy elimistössä GHB:ta. "Lakka" on

voimakkaampi ja lyhytvaikutteisempi huume ja myrkytyksen hoito ei poikkea GHB:sta. Myös ”lakkaan” liittyviä kuolemantapauksia on jo ollut Suomessa. Fensyklidiinin (PCP, ”angel dust”) sukulaisainetta **ketamiinia** on käytetty anestesia-aineena, mutta nykyään sen kliininen käyttö on rajoitettu sen aiheuttamien psykoosioireiden takia. Eläinlääketieteessä sen käyttö on laajempi. Kysymyksessä on N-metyyli-D-aspartaatti (NMDA)-reseptoriantagonisti ja vaikutusmekanismin suhteen aine muistuttaa Alzheimer-lääkettä memantiinia. Huumeikäytössä ketamiinia otetaan tablettina tai nuuskaamalla ja osa kaduilla ekstaasina myydyistä huumeista on todellisuudessa ketamiinia. **Synteettiset amfetamiinijohdannaiset metamfetamiini, MDMA (ekstaasi, ”esso”) ja MDA (”love drug”)** poikkeavat kanta-aineesta hallusinogeenisen osavaikutuksensa suhteen, mikä johtuu vaikutuksesta serotoniin takaisinottoon. Metamfetamiiniin liittyen on usein kuvattu väkivaltaista käytöstä. Ekstaasi kuuluu ”klubi-” tai ”bilehuumeisiin” ja käyttäjät hakevat siitä euforiaa ja yhteen kuuluvuuden tunnetta (”empatogeeninen” vaikutus). Aineen vaikutus ja tanssiminen voi johtaa tehohoitoa vaativaan tilaan (kuivumiseen, hyponatremiaan, hypertermiaan ja kouristuksiin). Pitkään ekstaasinkäyttöön liittyvä neurotoksinen vaikutus (aksonivaurio serotoninergisessä neuroneissa) on osoitettu koe-eläimissä ja ihmisissä. Muita rengassubstituoituja amfetamiinijohdannaisia ovat esim. **2C-I, 2C-T-7 (”seiska”) ja TM-2**. Niiden vaikutus on ekstaasin kaltainen, eli psykotogeeninen ja empatogeeninen. Toinen, myös amfetamiinin kaltaiseksi stimulantiksi luokiteltava aine, **metyleenipyrovaleroni (MDPV)**, sai viime kesänä julkisuutta Suomessa ”seksihuumeena”. Sen vaikutusta libidoon on todennäköisesti liioiteltu. Käyttöjakson jälkeen esiintyvät vieroitusoireet ovat ilmeisesti hankalampia kuin amfetamiinivieroitukseen liittyvät oireet. EU-alueella aine on varsinaisesti kielletty vain Tanskassa. **Piperatsiineja (esim. mCPP ja BZP)** on tavattu Suomessa viime vuosina satunnaisesti. BZP (1-bentsyyli-piperatsiini) oli alun perin kehitetty masennuslääkkeeksi. Sen stimulaatiovaikutus on heikompi (n. 10%) , kuin amfetamiinin. Aineet vaikuttavat 5-HT-järjestelmään ja serotoniinisyndroomaa on kuvattu erityisesti mCPP:n käytön jälkeen.

Viimeaikainen **”spice”-ilmiö** liittyy internetin kautta tapahtuvaan psykoaktiivisten yrttien myyntiin. Valmisteita mainostetaan laillisena kannabiksena. Psykoaktiivinen vaikutus näyttää olevan peräisin pääasiallisesti yrtteihin lisätyistä synteettisistä **kannabinoideista** (esim. JWH-018, naftyyylimetyyli-indoleja, HU-210), joita käytetään myös

farmaseuttisissa tutkimuslaboratorioissa. Spice-valmisteiden kansainvälinen luokittelu huumeeksi on suunnitteilla.

Kirsti Laitinen

yliopistonlehtori, FaT

Farmasian laitos, Terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto

HUUMEIDEN JA LÄÄKKEIDEN YHTEISVAIKUTUKSET

Laittomat huumausaineet, lääkkeet ja alkoholi ovat tappava kombinaatio. Suomessa sekakäyttö on lisännyt huumeenkäyttäjien kuolemia huomattavasti viime vuosina. Nykyään päihdyttäviä ominaisuuksia etsitään yhä enemmän uni- ja kipulääkkeistä, lähinnä bentsodiatsepiineista ja opioideista. Laittomista huumeista Suomessa käytetyimpiä ovat kannabis, opioidit, amfetamiini ja ekstaasi. Huumausaineriippuvaisilla tiedetään esiintyvän usein erilaisia mielenterveyden häiriöitä kuten mieliala-, ahdistuneisuus- ja psykoottiset häiriöt, myös impulssien huono kontrolli ja eriaisteiset persoonallisuushäiriöt ovat tavallisia. Huumeiden käyttäjillä myös erilaiset infektiot tulehtuneista ihon pistojäljistä endokardiittiin ovat yleisiä. Yleisimpiä kroonisia sairauksia ovat hepatiitit, hengitystieinfektiot ja HIV.

Huumeriippuvaisen psyykkiset ja somaattiset sairaudet lääkityksineen erilaisten päihteiden kera kanssa muodostavatkin varsin haasteellisen kokonaisuuden arvioitaessa mahdollisia yhteisvaikutuksia. Tutkimuksia huumeiden ja lääkkeiden välisistä interaktioista ei ole saatavilla, tietoa löytyy lähinnä käyttökokemuksiin perustuvista potilastapausselostuksista. Yhteisvaikutusmahdollisuuksia voidaan arvioida myös teoreettisesti aineiden vaikutusmekanismien pohjalta. Päihteinä käytettävien lääkeaineiden (opioidit, bentsodiatsepiinit, ADHD:n hoidossa käytettävät stimulantit) yhteisvaikutukset voidaan tarkistaa interaktiotietokannoista, esimerkiksi SFINX-tietokannassa interaktiot on luokiteltu niiden kliinisen merkittävyyden ja dokumentaatiotason perusteella.

Komorbiditeetti tuo oman ongelmansa huumeongelman lääkelyhoitoon. Esimerkiksi psykeenlääkkeistä sedatiivisten lääkkeiden määrä tulisi olla mahdollisimman pieni yliannostusriskin minimoimiseksi ja bentsodiatsepiineja tulisi välttää riippuvuusriskin takia. Opioidiriippuvaisen potilaan kivun hoito vaatii huolellista suunnittelua. HIV-lääkkeillä on runsaasti erilaisia farmakokineettisiä yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa.

Buprenorfiini oli Suomessa yleisin löydös yliannostuskuolemissa vuonna 2007. Yksin käytettynä sitä pidetään suhteellisen turvallisena, koska kattovaikutuksen takia hengityslaman riski on pienempi kuin muilla opioideilla. Kuitenkin yhdessä bentsodiatsepiinien ja/tai alkoholin kanssa hengityslaman riski kasvaa huomattavasti. Lähes kaikissa kuolemantapauksissa syynä oli useamman aineen aiheuttama myrkytys. Myös toinen opioidikorvaushoitolääke, metadoni, oli yleinen löydös huumekuolemissa. Samoin kuin buprenorfiinilla, taustalla oli bentsodiatsepiinien, muiden huumeiden ja alkoholin yhteiskäyttöä. Kummallakin korvaushoitolääkkeellä on farmakodynaamisten interaktioiden lisäksi myös farmakokineettisiä yhteisvaikutuksia. CYP3A4-inhibiittorit (mm. HIV-proteaasi-inhibiittorit, atsolisieniläkkeet, erytromysiini) voivat voimistaa ja pidentää buprenorfiinin vaikutuksia. Vastaavasti CYP3A4-induktorit (mm. fenytoiini, karbamatsepiini, rifampisiini) voivat laskea buprenorfiinin pitoisuutta heikentäen sen terapeutista tehoa. Metadoni metaboloituu pääasiassa CYP3A4-entsyymin välityksellä, mutta myös entsyymit CYP2D6, 1A2 ja 2B6 osallistuvat metaboliaan. Tämä tuo mukanaan useita interaktiomahdollisuuksia metadonin ja eri CYP-entsyymien inhibiittoreiden ja induktoreiden välillä. CYP1A2-inhibiittoreiden (siprafloksasiini, fluvoksamiini) on kuvattu aiheuttavan merkittävää metadonipitoisuuden nousua. Metadoni voi aiheuttaa QT-ajan pitenemistä, joten yhteiskäyttöä QT-aikaa pidentävien lääkkeiden kanssa tulee välttää.

Stimulanttien (amfetamiini, kokaiini, ekstaasi) yliannostusoireita ovat mm. hypertensio, hypertermia ja takykardia. Yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden/päihteiden kanssa voivat olla arvaamattomia. Ekstaasi stimuloi serotoniinin vapautumista ja estää sen takaisinottoa ja metaboliaa, tämä johtaa serotoniinin nopeaan solunulkoisen pitoisuuden nousuun. Yhdessä monoamiinioksidaasin estäjän tai SSRI-lääkkeiden kanssa ekstaasin käyttö voi johtaa vakavan serotoniinisyndrooman kehittymiseen.

Suomessa erityisluvallisen lääkekannabiksen käyttö vaikeiden kiputilojen hoitoon on vielä vähäistä. Kannabiksella on sedatiivinen vaikutus, joten se potentoi alkoholin ja keskushermostoa lamaavien lääkkeiden vaikutuksia. Sillä on kuvattu interaktioita mm. trisyklisten antidepressanttien, fluoksetiinin, HIV-lääkkeiden ja disulfiraamin kanssa.

Kirjallisuutta

Salasuo M, Vuori E, Piispa M, Hakkarainen P. Suomalainen huumekuolema 2007 – poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyasiakirjoista. THL Raportti 43/2009

Saarijärvi S, Lopperi M. Ekstaasin vaikutukset elimistöön. Duodecim 2003;119:1211-5

Salaspuro M. Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. Duodecim 2009;125:897-904

Käypä hoito: Huumeongelman hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2006

Weschules DJ, Bain KT, Richmeimer S. Actual and potential drug interactions associated with methadone. Pain Med 2008;9:315-44

Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. Lancet 2009;374:1383-91

Antti Poso

professori

Farmasian laitos, Terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen Yliopisto

KANNABINOIDIEN LÄÄKEKÄYTTÖ

Niin keskushermostossa kuin myös muualla ihmisen elimistössä kannabinoidijärjestelmällä on erittäin keskeinen rooli monissa toiminnoissa. Elimistön kannabinoidijärjestelmään luetaan tällä hetkellä kuuluvan keskushermostossa olevat CB1-reseptorit, pääasiassa keskushermoston ulkopuolella olevat CB2-reseptorit, elimistön omia kannabinoideja (AEA ja 2-AG) hajottavat MAGL ja FAAH entsyymit sekä myös kannabinoidien solunottoa kontrolloiva transportteriproteiini. Marihuanan ja muiden vastaavien huumausaineiden sisältämät yli 60 kannabinoidia (esim. THC) aiheuttavat pääasiallisen vasteensa yleensä CB1-reseptorien aktivaation kautta. Koska kannabinoidireseptorit löydettiin vasta 1990-luvun alkupuolella, ei uusia tähän järjestelmään vaikuttavia lääkeaineita ole ehtinyt vielä markkinoille kuin yksi. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö kannabinoidijärjestelmää käytettäisi lääkehoidon kohteena tai etteikö marihuanan kannabinoideja pyrittäisi käyttämään lääkteinä. Kannabinoidien lääkekäyttö onkin hitaasti mutta varmasti laajeneva ilmiö niin maailmalla kuin Suomessa, erityisesti erittäin aktiivisen potilaskunnan takia. Mielipiteet asiasta eivät kuitenkaan ole farmasian alalla mitenkään vakiintuneita; monesti asiaan jopa vältetään ottamasta lainkaan kantaa sen vaikeaselkoisuuden takia.

Yleensä kannabinoidien lääkekäytön ajatellaan tarkoittavan vain marihuanan lääkkeellistä käyttöä, mutta todellisuudessa kannabinoidijärjestelmään vaikuttavia aineita on jo nyt myynnissä apteekeissa käsikaupassa. Lisäksi suoraan kannabinoidireseptoreihin vaikuttava laihdutuslääke oli myynnissä mm. Suomessa joitakin aikoja sitten, mutta ko. valmiste vedettiin pois markkinoilta vakavien haittavaikutusten vuoksi. Haittavaikutukset ovatkin tärkein syy siihen minkä vuoksi kannabinoidien kehittäminen lääkkeeksi on ollut hidasta.

Tärkeimmät esitetyt indikaatiot marihuanan kannabinoideille ovat kipu (erityisesti neuropaattinen kipu), syöpäpotilaiden tukihoito (erityisesti ruokahalun lisääminen ja pahoinvoinnin esto) ja MS-tauti. Näistä indikaatioista potentiaalisimpana voidaan pitää

pahoinvoinnin ja kivun hoitoa. Ongelmana kannabinoidien käytössä on puuttuva kokemus niiden käytöstä, huonosti toteutetut kliiniset tutkimukset ja sopivien annosmuotojen puute. Todennäköisesti marihuanan lääkekäyttö ei tule pitkälläkään aikavälillä kasvamaan merkittäviin mittoihin vaan uudet, kannabinoidijärjestelmään varta vasten suunnitellut synteettiset molekyylit tulevat vakiinnuttamaan paikkansa myös apteekkien hyllyillä.

Hannu Koponen

professori

Itä-Suomen yliopisto ja KYS-psykiatria

OVATKO UUDET ANTIPSYKOOTIT TEHOKKAAMPIA JA TURVALLISEMPIA KUIN VANHAT?

Psykooseista vaikein, skitsofrenia on monimuotoinen psyykinen sairaus, josta kärsii noin yksi prosenttia aikuisväestöstä. Skitsofreniaa on usein pidetty kroonisena häiriönä, mutta sen ennustetta voidaan parantaa varhaisella tunnistamisella ja varhain aloitetulla hoidolla. Skitsofrenian hoito perustuu pitkäjänteiseen, luottamukselliseen hoitosuhteeseen ja yksilölliseen, potilaan ja hänen läheistensä tarpeet huomioon ottavaan, säännöllisesti tarkistettavaan hoitosuunnitelmaan. Hoidossa keskeistä ovat pienimpään tehokkaaseen annokseen ja sivuvaikutusten minimoimiseen pyrkivä psykoosilääkitys, psykososiaalisen yksilöhoidon spesifiset muodot, koko perheen psykoedukaatio sekä potilaan toimintakykyä parantavat sosiaalisen kuntoutuksen muodot. Pitkäaikaishoidossa tärkeää on potilaiden aktiivinen tukeminen pysymään hoidossa, joustavat palvelut kriisitilanteissa ja uusien sairausjaksojen ehkäisy. Vaikeimmin häiriintyneiden potilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa työryhmäpohjainen tehostettu avohoito on vaikuttava toimintamuoto. Alueelliset hoitopalvelut tulee järjestää siten, että eriasteisesti häiriintyneet potilaat saavat joustavasti ja integroidusti tarpeitaan vastaavan hoidon ja kuntoutuksen.

Säännöllisesti käytettynä kaikki markkinoilla olevat antipsykootit lievittävät akuuttivaiheen oireita ja estävät psykoosien uusiutumista. Koska tavanomaiset psykoosilääkkeet eivät tehoa kaikilla ja niiden käyttöön liittyy runsaasti neurologisia haittavaikutuksia on kehitetty uusia lääkkeitä, jotka vaikuttavat laajemmin psykoosioireisiin ja ovat paremmin siedettyjä. Käytössä olevista antipsykooiteista klotsapiini on edelleen tehokkain, mutta myös amisulpridi (käytössä erityislupavalmisteena), olantsapiini ja risperidoni ovat tavanomaisia antipsykootteja tehokkaampia. Viime vuosina on havaittu, että myös eräät psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa aineenvaihduntaan sekä sydämeen ja verenkiertoon kohdistuvia vaikutuksia. Psykoosilääkkeiden käyttöön liittyvien metabolisten ja painomuutosten tunnistaminen on tärkeää ja auttaa parantamaan niiden hyötyhaittasuhdetta. Psykoosilääkevalinta, polyfarmasian välttäminen, ravitsemusneuvonta,

säännöllinen painonseuranta ja tarvittaessa laihdutusohjelmaan osallistuminen voivat vähentää näitä haittoja, ja tuoreiden suositusten mukainen säännöllinen seuranta voi parantaa tämän potilasryhmän ennustetta.

Kirjallisuutta

Heiskanen T, Niskanen L, Koponen H: Skitsofrenia: kardiometaboliset riskit ja psykoosilääkehoito. Kuinka toimia? Suom Lääkäril 2010;65: 389-396.

Leucht S, Komossa K, Rummel-Kluge C ym: A meta-analysis of head-to-head comparisons of second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. Am J Psychiatry 2009; 166: 152-63.

Salokangas RKR, Hirvonen J, Honkonen T, Jyväsjärvi J, Koponen H, Laukkala T, Wahlbeck K: Skitsofrenia. Kh-suosituksen päivitys. Duodecim 2007; 123:95-6.

Juha Haatainen
psykiatrian erikoislääkäri
Kuopion yliopistollinen sairaala

EPILEPSIALÄÄKKEET PSYKIATRISTEN SAIRAUKSIEN HOIDOSSA

Epilepsialääkkeiden laajin käyttöalue psykiatrisilla aikuispotilailla on mielialahäiriöiden hoidossa, adjuvanttihoitona myös muissa sairausryhmissä. Lääkeannokset vastaavat pitkälti epilepsiahoidon vastaavia annoksia.

Valproaatti:

Manian hoito akuuttivaiheessa, manian estohoito pitkäaikaishoitona. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheiden estossa ehkä hyötyä. Adjuvanttihoitona käytännön potilastyössä vaikeiden psykoosien hoidossa; potilaat, joilla mielialan vaihteluoireita – yksilökohtainen hyöty todettu.

Lääkehoitoannokset voivat olla 500 – 3000 mg/vrk, depot- valmisteet suositeltavampia. Lääkepitoisuusalue 300 - 700 mikromol/l viitteellinen. Maksan ja haiman toimintakokeiden seuranta.

Lamotrigiini:

Kaksisuuntaisten mielialahäiriöiden masennustilojen esto, lääkkeellä ei tehoa maniavaiheiden hoitoon tai estoon. Potilaskohtaisia kokeiluja masennustiloissa adjuvanttihoitona.

Hidas annosnosto, käyttöannokset 100-400 mg.

Karbamatsepiini:

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön manian hoidossa ja estohoidossa. Adjuvanttihoitona yksilökohtaisesti vaikeissa psykooseissa, yksilöllinen hyöty todettu.

Lääkeannokset 400 – 1600 mg, depot- valmisteet, terapeuttilinen alue 20 – 40 mikromol/l viitteellinen.

Pregabaliini:

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö.

Lääkeannokset 150 – 600 mg.

Hannu Koponen,
professori
Itä-Suomen yliopisto ja KYS-psykiatria

UNETTOMUUDEN KÄYPÄ HOITO

Unettomuus on yleisin unihäiriö, 5–10 % aikuisista kärsii kroonisesta unettomuudesta. Kognitiivisilla menetelmillä on saavutettu hyviä tuloksia kroonisen unettomuuden hoidossa joten niitä tulisi hyödyntää nykyistä enemmän. Unenhuolto eli unirytmistä ja suotuisista nukkumisolosuhteista huolehtiminen on tärkeä osa hoitoa: oman vuoteen ja nukkumisen välisen yhteyden vahvistaminen ja vuoteessa olon rajoittaminen nukutun ajan mukaan. Kognitiiviset hoitomenetelmät, kuten ärsykkeiden hallinta, unen rajoittaminen ja rentoutusmenetelmät, etenkin progressiivinen lihasrentoutus, ovat tehokkaita unettomuuden hoidossa. Kroonisen unettomuuden hoidossa hypnoosin ja tavanomaisen rentoutuksen välinen raja ja tulokset ovat epäselviä, mutta hypnoosin tulokset vastaavat muilla rentoutusmenetelmillä saatuja. Kirkasvalohoito saattaa auttaa viivästyneen ja aikaistuneen unijakson hoidossa.

Lääkehoito

Unilääkkeiden farmakologinen vaikutus on hyvä, mutta niiden pitkäaikaisen käytön hyödyistä ja haitoista ei ole riittävästi tutkimustuloksia. Myös unilääkeriippuvuuden mahdollisuus tulee huomioida. Erityisesti iäkkäiden unettomuutta hoidettaessa on huomioitava useiden unilääkkeiden vaikutusajan piteneminen ja kasvaneet haittavaikutukset. Unilääkkeiden annoksen suurentamista tulisi aina välttää. Se voi tulla kyseeseen esimerkiksi hoidettaessa harvinaista primaaria, jo lapsena tai nuorena alkanutta idiopaattista unettomuutta. Bentsodiatsepiinien haitat saattavat ylittää niiden yöunta pidentävän vaikutuksen hyödyt pitkäaikaista aikuisten unettomuutta hoidettaessa. Erittäin lyhytvaikutteisten bentsodiatsepiinien (midatsolaami, triatsolaami) käyttö tulisi rajata lähinnä sairaalaan. Pitkävaikutteisia sedatiivisia lääkkeitä (nitratsopaami, klonatsopaami ja iäkkäillä diatsopaami) tulisi myös välttää kumulaatiovaaran takia. Muita mahdollisesti tehokkaita pitkäaikaisen unettomuuden lääkkeitä ovat sedatiiviset masennuslääkkeet ja nukahtamista helpottava melatoniini. Yhtenä perusperiaatteena on, että jos kyseessä on

unilääkityksellä parannettavissa oleva unettomuus, tulisi hoitotuloksen säilyä pitkäaikaisessakin hoidossa. Kun arvioidaan hoidon välitöntä vaikutusta, kognitiiviset hoito-ohjelmat ja unilääkkeet (bentsodiatsepiinit ja niiden kaltaisesti vaikuttavat lääkkeet) tehoavat krooniseen unettomuuteen, mutta keskipitkissä seurannoissa vain kognitiivisten hoito-ohjelmien tulokset ovat olleet pysyviä.

Kirjallisuutta:

Partinen M, Isoaho R, Kajaste S ym.: Unettomuuden hoito. www.kaypahoito.fi.2008.

Jukka Hintikka

professori

Lääketieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta, Tampereen yliopisto

PSYKKENLÄÄKKEET JA SEKSUAALISUUS

Ihmisen seksuaalisuuden ytimessä on elollisen luonnon perustehtävä, lisääntyminen. Elämän tarkoitushan on perimmältään ylläpitää ja jatkaa lajin elämää. Muista lajeista poiketen ihmisen seksuaalisuus on kuitenkin irtaantunut ja loitonnut perustehtävästään. Useimmilla ihmisillä on halu ja tarve toteuttaa omaa seksuaalisuuttaan ilman lisääntymisen päämäärää, usein mieluumminkin niin että lisääntymisen todennäköisyys olisi mahdollisimman pieni.

Seksuaalisuuteen liittyvät häiriöt voidaan luokitella identiteetti-, toiminta- ja kohdehäiriöiksi. Identiteetti- ja kohdehäiriöillä ei juurikaan ole tekemistä tavanomaisten psyykenlääkkeiden kanssa. Lääkkeet eivät niitä aiheuta eikä niihin ole lääkettä. Näihin häiriöihin joskus liittyvää sekundaarista ahdistuneisuutta ja masennusta voidaan toki hoitaa lääkkeillä.

Seksuaalisuuteen liittyvät toiminnalliset häiriöt sen sijaan ovat yleisiä sekä mielenterveyden häiriöihin että niiden hoitoihin liittyen. Vaikea skitsofrenia ja psykoosit voivat joskus sammuttaa ihmisen seksuaalisuuden kokonaan. Seksuaalisen halun hiipuminen ja kyvynkin menetys on tavallista myös vaikeasti masentuneilla.

Seksuaalisuuteen liittyy usein jännitteitä, ahdistusta ja ristiriitoja. Joskus pieni annos ahdistuneisuutta lievittävää lääkettä voi helpottaa. Kuitenkin alkoholi on yleisimmin käytetty anksiolyytti ja sosiaalinen liukastin näissä tilanteissa. Sen oikea annostelu on tärkeää. Yliannoksina se voi aikaansaada liiallista toimeliaisuutta, minkä seurauksena saattaa olla edessä uusia ahdistuneisuuden ja mielipahan lähteitä. Tätäkin suurempina annoksina alkoholi vie kyvyn kokonaan.

Vanhat neuroleptit ja uusista psykoosilääkkeistä erityisesti risperidoni voivat nostaa prolaktiinin pitoisuutta. Seurauksena voi olla maidoneritystä, gynekomastiaa ja seksuaalista kyvyttömyyttä. Sertindoli puolestaan aiheuttaa ejakulaatin vähenemistä.

Masennuslääkkeistä ne, jotka estävät serotoniinin takaisinottoa (SSRI, SNRI), voivat aiheuttaa toiminnallisia seksuaalisia häiriöitä kuten impotenssia ja erityisesti orgasmin estymistä. Edellä kuvattujen haittojen yleisyydestä on esitetty hyvin vaihtelevia arvioita. Suhteellisen yleisiä ne kuitenkin ovat (20 – 70 %), ja miehen seksuaalisen toimintakyvyn kannalta usein haitallisempia. Haitoilla on kuitenkin usein myös hyödyllisiä piirteitä. Jaksottainen SSRI-lääkitys voi olla toimiva ratkaisu herkän siemensyöksyn hoidoksi. SSRI voi helpottaa myös kuukautisia edeltävää tensiota ja ärtyneisyyttä. Tratsodonin harvinaisena haittana tunnetaan päivystysluonteista urologista interventiota edellyttävä pitkittynyt kivulias erektio (priapismi).

Mielenterveydenhäiriöillä, niiden lääkehoidolla ja seksuaalisuudella on edellä kuvatusti sekä hyödyllisiä että haitallisia koettuja yhteyksiä. Seksuaalisten haittojen merkitys on hyvin yksilöllinen ja vaihteleva. Olennaista on että ne muistetaan ja niistä keskustellaan osana hoidon arviointia.

Kirjallisuutta

Haack S, Seeringer A, Thürmann PA, Becker T, Kirchheiner J. Sex-specific differences in side effects of psychotropic drugs: genes or gender? *Pharmacogenomics* 2009;10:1511-26.

Heikkinen M. Seksuaalhäiriöt. Teoksessa Lönnqvist J ym. (toim) *Psykiatria*. Duodecim 2007.

Päivi Hyvärinen

ratkaisukeskeinen valmentaja, työnohjaaja, kouluttaja

Valmennus- ja koulutuspalvelu Oivallus, www.omaovallus.fi

JAKSAMINEN VAI UUPUMINEN – KUORMITUSTEKIJÖIDEN JA VOIMAVAROJEN TUNNISTAMINEN

Esimiehen oma hyvinvointi

Toimimme monissa rooleissa, jotka tuovat elämäämme iloa ja voimavaroja. Olemme myös erilaisten itse asettamiemme ja ympäriltämme tulevien toiveiden ja vaatimusten ristipaineessa. Mikäli emme osaa tehdä valintoja ja laittaa tekemisiämme tärkeysjärjestykseen on vaarana, että kuormitumme liikaa. On tärkeää oppia tunnistamaan omat yksilölliset hyvinvoinnin rajansa. Meillä jokaisella on vastuu toimia arvostavasti toisia kohtaan, mutta vain itse voimme asettaa rajoja toisten vaatimuksille.

Esimiehen on tunnistettava työhönsä liittyvät kuormitustekijät ja opittava käsittelemään niitä. Esimiehenä toimivan henkilön on hyvä oppia arvioimaan omia työ- ja toimintatapoja ja pyytää palautetta niistä työntekijöiltä ja omalta esimieheltään. Esimiehen on mahdollista saada tukea oman kuormituksen hallinnan kehittämiseksi ja esimiestyössä eteen tulevien haasteiden kohtaamiseksi. Yleisesti toimiviksi esimiestyön tukimuodoiksi on arvioitu mm. vertaistuki, mentorointi, sparraus, valmennus ja työnohjaus.

Yrittäjän ja esimiehen osalta omasta hyvinvoinnista huolehtiminen on erityisen tärkeää, koska heidän toiminnallaan on suora vaikuttavuus työpaikan henkilöstön työmotivaatioon ja työssä viihtymiseen ja sitä kautta myös työn tuottavuuteen. Lisäksi esimiehen tehtäviin kuuluu myös työntekijöiden hyvinvoinnin tukeminen ja kehittäminen.

Työyhteisö voimavarana

Työyhteisö voi tukea esimiestä ja työyhteisön jäseniä kehittämään työtä ja innostumaan työstä. Työyhteisö voi olla myös pahimmanlaatuinen kuormitustekijä. Tutkimusten mukaan työn kuormittavuus on lisääntynyt suomalaisilla työpaikoilla. Usein kuitenkin havaitaan, että kuormitusta saattavat aiheuttaa työyhteisön toimintatavat ja vuorovaikutuksen häiriöt eikä itse työ. Johtaminen ja työyhteisön toimintatavat saattavat olla hierarkisia eikä niitä ole

uudistettu työn ja tavoitteiden muuttuessa. Työyhteisön jäsenten väliset vuorovaikutuksen ongelmat saattavat ilmentyä esimerkiksi takanapäin puhumisena, puhumattomuutena, tiedon panttaamisena ja kuppikuntina.

Työyhteisössä on hyvä keskustella ja ehkä muodostaa jonkinlaisia ”pelisääntöjäkin” siitä, millainen käyttäytyminen on asiallista käyttäytymistä juuri meidän työpaikallamme. Yleisellä tasolla määriteltynä asiallinen käyttäytyminen työssä on käyttäytymistä, joka tukee työn tekemistä ja yhteistyön sujumista sekä työyhteisön jäsenten työhyvinvointia ja työssä viihtymistä. Tällöin työpaikalla puhutaan työstä ja siihen liittyvistä asioista ja keskustelut käydään niiden kanssa, joita asiat koskevat. Hyvässä työyhteisössä ihmiset arvostavat toisiaan ja voivat avoimesti sanoa mielipiteitään, kyseenalaistaa asioita, tuoda esiin ongelmia ja olla kriittisiä. Erilaisten näkemysten ja ristiriitojen aiheuttamien jännitteiden ei anneta vaarantaa yhteistyösuhteita.

Esimiehet vaikuttavat omalla toiminnallaan, käytöksellään ja määräyksillään työyhteisön toimintatapoihin. He näyttävät esimerkkiä siitä, mikä on sallittua, toivottavaa ja tavoiteltavaa tai hyväksyttävää kyseisessä työyhteisössä. Arvostavassa ilmapiirissä ihmiset keskustelevat avoimesti ja ottavat vastuuta työn kehittämisestä sekä pyrkivät huolehtimaan omasta ja työyhteisön muidenkin jäsenten hyvinvoinnista.

Lisää tietoa aiheesta löydät kirjoista:

Hirvihuta-Litovaara: Ratkaisun taito

Pietikäinen: Joustava mieli

Takanen: Voimaantuva työyhteisö

Paula Suurnäkki
apteekkari, työnohjaaja
Perhon apteekki

ASLAK – AVUKSI YRITTÄJÄN JAKSAMISEEN JA OMAN TERVEYDEN EDISTÄMISEEN

Ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus (ASLAK) on Kelan järjestämää harkinnanvaraista varhaiskuntoutusta, joka on tarkoitettu nuorehkoille ja keski-ikäisille työntekijöille. Osallistujien työtä haittaavat oireet ovat vielä lieviä, mutta johtavat ilman kuntoutusta työkyvyn heikkenemiseen. Työelämä muuttuu ja kehittyy nopeasti, jolloin työ ei välttämättä enää sujukaan suunnitellusti ja myös yrittäjän jaksaminen voi olla koetuksella.

ASLAK-kuntoutuksessa luodaan edellytyksiä kuntoutujan työkyvyn säilymiselle ja pitkäaikaiselle paranemiselle. Tavoitteena on kuntoutujan työhallinnan, henkisen hyvinvoinnin ja työssä jaksamisen parantuminen, terveiden elämäntapojen ja itsehoitokeinojen omaksuminen sekä tarvittaessa kuntoutujan työn ja työolosuhteiden kehittämisprosessien käynnistyminen.

ASLAK-kuntoutuksen toteuttamisessa keskeistä on ryhmässä tapahtuva oppimisprosessi. Kuntoutusjaksot toteutetaan laitostuntoutuksena tai avomuotoisena, kolmessa tai neljässä jaksossa, noin vuoden kestoisena prosessina. Välillä jaksotille kuntoutujalle suunnitellaan yksilöllinen ohjelma kotona ja/tai työssä tehtäviä harjoituksia varten. Kurssin keston, sisältöön ja jaksotukseen vaikuttavat kuntoutujan, työpaikan, ammattialan ja työterveyshuollon esille nostamat tarpeet.

Kuntoutujat voivat olla samasta työpaikasta tai eri työpaikoista tai samalta ammattialalta. Kurssi voi olla siten työpaikka- ja/tai ammattialakohtainen. ASLAK-kuntoutukseen liittyy olennaisesti työpaikan, työterveyshuollon, kuntoutuslaitoksen ja Kelan välinen yhteistyö, jolla tuetaan kurssille osallistujan yksilöllistä kuntoutumisprosessia.

Kokemuksia Keski-Pohjanmaan Yrittäjien ASLAK:sta Oulussa

ASLAK-kuntoutusryhmämme on hyvin heterogeeninen, mikä on ollut rikkaus. Noin puolet kurssilaisistamme on yksinyrittäjiä, loput mikroyrittäjiä, joilla on alle kymmenen työntekijää. Olemme kokoontuneet kolme jaksoa vuoden 2009 aikana ja viimeinen, seurantajakso odottaa toukokuussa 2010.

Kurssin aluksi paneuduttiin osallistujien työhistoriaan ja ammatilliseen kehitykseen; pohdittiin omaa työtä ja terveyttä sekä asetettiin kuntoutuksen tavoitteet. Jaksoilla tutkittiin muun muassa fyysistä kuntoa ja toimintakykyä suhteessa työhön ja työympäristöön.

Välittömästi kolmannen jakson jälkeen syyskuussa toteutui työyhteisöpalaveri. Apteekin koko henkilökunnalle järjestettiin yhteinen kehittämiskokous, jossa Verven kuntoutusohjaaja ohjasi havaitsemaan työn kehittämistarpeita työyhteisön näkökulmasta sekä tekemään kehittämissuunnitelmia niihin vaikuttamiseksi.

Työ ja sen tekeminen on tärkeää ihmisen itsensä, mutta myös yhteiskunnan kannalta – yrittäjän osuutta väheksymättä! Myös yrittäjän jaksamisesta pitää puhua. Väsyneenä kaikki tekevät virheitä, ja yrittäjän virheet satuttavat monia. Yrittäjän tehtävänä on näyttää suuntaa, tehdä vaikeitakin päätöksiä ja puhalttaa uskoa ihmisiin erityisesti silloin, kun se tahtoo loppua. Ristipaineessa jää helposti huomaamatta, että kynttilä palaa kahdesta päästä. On hyväksi, jos ympärillä on ihmisiä, jotka puuttuvat tilanteeseen.

ASLAK-ryhmämme yhteinen näkemys on, että myös yrittäjät tarvitsevat irtiottoa arjesta. Se ei aina ole helppo toteuttaa! Yli 50-tuntinen työviikko kerryttää kroonista väsymystä ja nostaa työuupumusriskiä, vaikka työ olisi miten palkitsevaa. Rajoja pitää oppia asettamaan innostavassakin työssä: yrittäjä yksilönä on aina viime kädessä vastuussa itse omasta hyvinvoinnistaan!

ASLAK-kurssilla kiinnitettiin huomiota yrittäjien työpäivien pituuteen, mahdollisuuksiin pitää vapaapäiviä ja nauttia lomista. Ruokailurytmistäkin on pidettävä kiinni, vaikka olisi miten liikkuva työ. Liikunnasta on tullut meistä monelle henkireikä, joka auttaa pysymään kunnossa. Riittävän unen merkityksen tiedostaa jokainen, vaan kuinka moni niin helposti siitä tinkiikään?

Yrittäjän on opittava huolehtimaan omista voimavaroistaan, opeteltava kuuntelemaan itseään ja seuraamaan omaa kuormitustaan. ASLAK – ammatillinen varhaiskuntoutus on yksi keino oppia tuntemaan paremmin, mitkä asiat työssä sujuvat hyvin ja lisäävät yrittäjän

omaa jaksamista. Hyvinvoiva yrittäjä on kaikkien etu, uupunut johtaja voi vaarantaa alaistensakin hyvinvoinnin ja koko työyhteisön toiminnan.

Janne Leino
apteekkari, FaT, eMBA
Oulun III Hansa Apteekki

AMMATILLINEN KEHITTYMINEN JA HARRASTUKSET JAKSAMISESSA

Ihminen epäonnistuu vain silloin, kun ei enää yritä (Elbert Hubbard).

Apteekit ovat haasteiden edessä, jossa eri puolilta tulevien vaateiden määrä on kasvussa samalla kun velvoitteiden hoitamiseen liittyviä resursseja on leikattu. Apteekkien korkea palvelulaatu ja tiedollinen osaaminen on yleisesti tunnustettu ja apteekkien rooli terveydenhoidossa on keskeinen. Kuitenkin tulevaisuuden haasteet edellyttävät yksittäisen apteekin mutta myös koko alan kehittämistä. Apteekin ydinosaamista on lääkeneuvonta, asiakaspalvelu ja lääkehoidon laaja-alainen tuntemus. Tämän osaamisen vahvistaminen on tärkeää.

Apteekin kriittiseksi menestystekijäksi nousee tulevaisuudessa yhä keskeisemmin johtaminen. Hyvä ja viisas johtaminen, on vuorovaikutusta, päätöksentekokykyä, viestintää, mutta hyvin suurelta osin henkilöstön kehittämistä, motivoimista, hiljaisen tiedon valjastamista, organisaation onnellisuuden ja monialaisuuden kasvattamista. Johtajan tulee viestiä henkilöstölle apteekin strategiset tavoitteet ja saada aikaan yhteinen tahtotila vision tavoittamiseksi. Yhteisten apteekin toiminnallisten tavoitteiden saavuttaminen luo onnistumisten kokemuksia eli onnea.

Farmasian ammattilaisen itsensä ja muiden johtajana tulisi tunnistaa jatkuvan kehittymisen tahtotila. Itsensä kehittäminen ei ole ulkokultaisten tutkintojen mekaanista suorittamista, vaan niissä olennaisempaa tulisi olla oman toiminnan ja ajattelun kehittäminen, mikä on itsensä johtamisen henkinen dimensio. Täten hyvässä johtamisessa tärkeän taustan luo laaja-alainen sivistys. Vastuu itsensä kehittämisestä on jokaisella itsellään, työnantaja voi halutessaan tätä peruslähtökohtaa tukea. Siinä missä puusepät taivuttavat puuta ja nuolentekijät nuolia, viisaat muotoilevat itseään (Buddha).

Farmasian ammattilaisena koen vastuukseni oman ammatillisen kehittämisen, jossa faktatietoon perustuvien asioiden lisäksi olennaista on johtajuuden henkisen dimension kasvattaminen. Apteekkarilla on vastuu myös oman henkilöstönsä ja apteekkinsa kehittämisestä, mutta osavastuu koko alan kehittymisestä. Motivaatio syntyy suureksi osaksi näiden vastuiden tunnistamisesta, mutta toisaalta myös merkityksellisen elämän tavoittelemisesta.

Itsensä johtamisessa ammatillisen kehittämisen haasteet luovuuden, kunnianhimon, periksi antamattomuuden ja onnistumisten kokemusten ohella luovat paineita. Ongelmaksi voi nousta rajallisten voimavarojen jakamisen liian useaan toiminta-alueeseen tai projektiin. Hyvä itsensä johtaminen onnistumisineen vaatii hyvää organisointikykyä, oman rajallisuutensa tunnistamista (nöyryys), toisaalta muiden osallistamista, hyvää ajankäytön hallintaa, luopumista ja ennen kaikkea selkeitä tavoitteita. Johtamisen työturvallisuusriskeinä tai kääntäen tukipilareina toimivat: työtehtävien laaja-alaisuus ja mieleisyys, lähipiirin tuki, riittävä lepo ja henkisten paineiden hallinta eli stressiympyrän rikkominen ja fyysisen kunnon ylläpitäminen liikunnalla. Hyvä itsensä johtaja on hyvä yksilö myös lähipiirilleen samoin kuin työyhteisössään. Useimmat tekemisen arvoiset asiat tässä maailmassa on julistettu mahdottomiksi, kunnes ne sitten on tehty (Louis D Brandels).

Jan-Peter Malmén

Proviisori

UUPUMUKSESTA VOI SELVIITYÄ

Työuupumus on nyky-yhteiskunnassamme yleinen ilmiö. Jokainen tuntee jonkun lähipiirissä joka kärsii siitä. Voiko minulle tulla työuupumusta? Ei, kyllä minä kestäen. Tämä on varmasti jokaiselle tuttu ajatus, niin minullekin. Työpaikalla on paljon keskeneräisiä tehtäviä, ja lojaalisuus työnantajaa kohtaan tekee sen, että mielummin otetaan vielä yksi tehtävä vastaan, kun sanotaan että ”nyt minulla on niin paljon tekemättömiä töitä, etten pysty ottaa tätä tehtävää vastaan”.

Itse huomasin 2,5 vuotta sitten, ettei kaikki ollut kohdallaan. Tehottomuutta työssä, vapaapäivillä ahdisti, ja kesälomalla oli niin paha olo, etten tiennyt mitenpäin olla. Loman loputtuessa otin yhteyttä työterveyteen, ja yhteensä 10 kuukauden sairausloman jälkeen tunsin olevani valmis palaamaan työhön, ensin kuukauden osa-aikasairauslomalla.

Mitä on tärkeä huomioida kun palataan takaisin työhön työuupumuksen jälkeen? Kerron oman näkemykseni asiasta sekä työntekijän (omani) kannalta että työnantajan kannalta. Ensin haluan sanoa, mene takaisin työpaikalle vasta kun itse olet varma että olet valmis. Ei ole mitään määrättyä aikaa, johon mennessä on oltava työkunnossa. Osa-aika on ihan hyvä vaihtoehto, koska on osittain uusien rutiinien oppimisen edessä. Älä jätä kaikkea tekemättä alussa. On kuitenkin tärkeä ettei jää mitään pelkoaluetta, johon ei myöhemmin saa otetta. Käy säännöllisesti työterveydessä/psykiatrilla keskustelemassa. Vaikka puhuminen tuntuu ylimainostetulta, tekee se kuitenkin paljon hyvää.

Mitkä ovat työnantajan ja työkavereiden roolit kun joku palaa takaisin? Tähän kysymykseen löytyy varmasti yhtä monta vastausta kun palaajaakin, mutta lyhyesti omani näkemykseni. Keskustele työntekijän kanssa, ja tiedustele vointia ja jaksamista, myös ensimmäisen viikon jälkeen. Anna hänen tehdä samat asiat kuin ennen, ja jos työtehtävät muutetaan, anna hänen kertoa mistä haluaa luopua. Älä määräile, että tämä jää sinulle hoidettavaksi. Sehän voi olla juuri sellainen asia, josta on taisteltu aikaisemminkin. Muista myös, että tämä työntekijä on vähintään yhtä arvokas nyt kuin ennen sairastumistaan. Hänellä on sama asiantuntemus kuin ennen, lisäksi on lisää kokemusta tullut sairauden

myötä. Käy mielellään läpi tilanteen pari kuukautta työhönpaluun jälkeen yhdessä työterveyden kanssa, ja pari kertaa vielä vuoden sisällä. Tämä jotta mahdolliset havainnot saadaan avattua hyvässä yhteishengessä.

Työuupumus on kokemus, joka jää mieleen loppuelämäksi. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä että ihminen jää loppuelämänsä työkyvyttömäksi. Paljon on meistä jokaisesta kiinni. Ja ennen kaikkea, psyykkiset sairaudet ovat sairauksia muiden joukossa, niistä voi puhua omilla nimillä.

Vesa Jormanainen

johtaja

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea)

FIMEAN LÄÄKEHOITOJEN ARVIOINTI - PROSESSI – MITKÄ TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea) on sosiaali- ja terveysministeriön alainen keskusvirasto, joka edistää väestön terveyttä ja turvallisuutta valvomalla lääkkeitä, veri- ja kudostuotteita sekä kehittämällä lääkealaa.

Hallituksen esityksessä (HE 74/2009 vp) Eduskunnalle laiksi Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksesta tarkoituksina oli erityisesti:

- Saada lääkkeisiin liittyvää osaamista nykyistä paremmin osaksi sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja sen palvelujärjestelmää
- Parantaa lääkehuollon lupa- ja valvontatoimintaa
- Varmistaa lääkkeiden saatavuus koko maassa
- Taata ihmisestä peräisin olevien elinten, kudosten ja solujen laatu ja turvallisuus
- Parantaa lääketurvallisuutta ja lääkitysturvallisuutta
- Huolehtia osaltaan lääkealan tutkimus- ja kehittämistoiminnasta
- Järjestää kansallinen lääkkeiden hoidollisen ja taloudellisen arvon arviointi
- Kehittää lääkealan kansainvälistä ja erityisesti EU-vaikuttavuutta
- Rakentaa yhteistyötä lääkealan toimijoiden kanssa

Laissa (593/2009) lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksesta 2§:ssä luetellaan Fimean tehtävät. Luetelluista 14 tehtävästä 5 on tutkimus- ja kehittämistehtäviä: Fimean tehtävänä on

- 7) Tehdä lääke-epidemiologista, lääkepolitiikkaan liittyvää ja lääketaloustieteellistä tutkimusta ja rakentaa yhteistyötä näillä tutkimusalueilla;
- 8) Tuottaa ja koota lääkehoitojen hoidollisen ja taloudellisen arvon arviointeja ja koordinoita tätä koskevaa yhteistyötä;
- 9) Rakentaa rokotteiden hoidollisen ja taloudellisen arvioinnin yhteistyötä;

- 10) Koota, arvioida ja välittää lääkkeitä koskevaa tietoa väestölle, sosiaali- ja terveydenhuollon alalla toimiville ja muille lääketietoa tarvitseville;
- 11) Kehittää lääkealan ja lääkehuollon toimivuutta ja turvallisuutta, mukaan lukien apteekkitoiminta;

Lisäksi Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus hoitaa sille erikseen säädetyt tai määrätyt muut tehtävät sekä ne tehtävät, jotka sosiaali- ja terveysministeriö sille määrää. Keskuksen on toimittava tehtävissään yhteistyössä viranomaisten, yliopistojen ja tutkimuslaitosten, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden sekä muiden alan toimijoiden kanssa.

Fimean tutkimus- ja kehittämistehtäviä edistää myös se, että sillä on oikeus saada maksutta ja salassapitosäännösten estämättä seuraavat tiedot silloin, kun ne ovat välttämättömiä lain 2 §:ssä säädettyjen tehtävien hoitamiseksi:

- 1) lääkkeiden hintalautakunnalta lääkevalmisteen korvattavuutta ja tukkuhintaa koskevan hakemuksen yhteydessä sille luovutetut tai siellä syntyneet tiedot;
- 2) Kansaneläkelaitokselta lääkkeiden määräämistä ja korvaamista koskevat tilasto- ja rekisteritiedot;
- 3) Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta tilasto- ja rekisteritiedot;
- 4) Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolta tarvittavat rekisteritiedot.

Toisaalta Fimea ei saa luovuttaa tämän lain mukaisia tehtäviä suorittaessaan saamiaan tietoja yksityisen tai yhteisön liike- tai ammattisalaisuudesta tai muuta salassa pidettävää tietoa.

Esityksessä keskitytään Fimean Lääkehoitojen arviointi -prosessiin: tehtäviin, tavoitteisiin, voimavaroihin ja ensimmäisiin hankkeisiin.

Janne Martikainen

tutkimusjohtaja, FT

Lääkepolitiikan ja – talouden tutkimuskeskus, Farmasian laitos, Terveystieteiden tiedekunta
Itä-Suomen yliopisto

LÄÄKEHOITOJEN TALOUDELLISEN ARVON ARVIOINNIN PERUSPERIAATTEET

Viime vuosina terveydenhuollon menetelmien kustannusvaikuttavuus on noussut yhdeksi keskeiseksi tekijäksi mietittäessä, mihin rajalliset voimavarat tulisi terveydenhuollossa kohdentaa. Suomessa kustannusvaikuttavuuden arviointi on liittynyt erityisesti lääkehoitojen käyttöönnoton yhteyteen. Lääkkeiden hintalautakunta (HILA), joka päättää lääkevalmisteiden kohtuullisesta tukkuhinnasta, käyttää lääkehoitojen kustannusvaikuttavuutta yhtenä päätöksenteonkriteerinä.

Kustannusvaikuttavuusanalyysin (KVA) avulla voidaan tarkastella uuden hoidon aiheuttamia (lisä)kustannuksia suhteessa sen tuottamiin (lisä)terveyshyötyihin. Verrokkina kustannusvaikuttavuusanalyseissa toimivat jo käytössä olevat hoitomenetelmät (esim. yleisimmin käytetyt hoitomenetelmät), jotka uusi hoito voisi käyttöön tullessaan osin tai kokonaan korvata. KVA:ssa laskettava inkrementaalinen kustannusvaikuttavuussuhde (ICER) kertoo, kuinka paljon yhden lisäterveysyksikön (esim. lisäelinvuoden) tuottaminen maksaa keskimäärin, jos nykyiset hoidot (tai osa niistä) korvataan uudella lääkeshoidolla.

Hoidon kustannusvaikuttavuus ei välttämättä tarkoita kustannussäästöjä, vaan hoidon käyttöönnotosta voi aiheutua myös lisäkustannuksia. Tällöin keskeiselle sijalle nousee kysymys siitä, voidaanko syntyvät lisäkustannukset perustella aikaansaatavilla lisähyödyillä eli voidaanko lisäkustannuksia pitää kohtuullisina suhteessa odotettavissa oleviin lisähyötyihin. Kustannusvaikuttavuuden kohtuullisuutta voidaan arvioida vertaamalla saatua suhdelukua määritellyyn kustannusvaikuttavuuden raja-arvoon. Kansainvälisesti tunnetuin käytössä oleva raja-arvo lienee Englannin ja Walesin arviointiviranomaisen NICE:n käyttämä raja-arvoväli £20 000-£30 000 per laatupainotettu lisäelinvuosi (QALY). Käytettävään raja-arvoon vaikuttavat merkittävästi muun muassa potilaiden lääketieteellinen tarve, potilaspopulaation koko, uuden hoidon innovatiivisuus sekä

kustannusvaikuttavuuden näytönaste. Suomessa julkilausuttuja raja-arvoja ei ole vielä käytössä.

Kustannusvaikuttavuusanalyysien yksi keskeisin haaste on arvioinnin ajoittaminen oikeaan ajankohtaan. Yhtenä ratkaisuna arviointien ajoitusongelmaan on ehdotettu niin kutsuttua iteratiivista arviointitapaa, jossa arviointien tuloksia päivitetään tietyn väliajoin samaan tapaan kuin esimerkiksi Käypä Hoito-suosituksia. Tällöin tiedon ja käyttökokemusten lisääntyessä myös arviointeihin liittyvä epävarmuus vähentyy ja kustannusvaikuttavuusarvioista saadaan entistä tarkempia. Suomessa tämän tyyppisestä iteratiivisesta lääkkeisiin liittyvästä arviointityöstä voisi vastata Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, jonka yhtenä tehtävänä on tuottaa ja koordinoida lääkehoitojen hoidollisen ja taloudellisen arvon arviointeja Suomessa.

Christian Asseburg

tutkijatohtori, PhD

Lääkepolitiikan ja – talouden tutkimuskeskus, Farmasian laitos, Terveystieteiden tiedekunta
Itä-Suomen yliopisto

EXPERIENCES FROM THE UNITED KINGDOM AND SWEDEN IN CONDUCTING PHARMACOECONOMIC STUDIES

The main decision-makers in health-economics in the UK and in Sweden are the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), the Scottish Medicines Consortium (SMC), and Tandvårds- och Läkemedelsnämnden (TLV) in Sweden. Differences between these three decision-makers exist both in terms of remit and methodology. For example, NICE was initially set up to promote equal access to care and provide information to patients and practitioners on the effectiveness and cost-effectiveness of therapies within the operating constraints of the National Health Service (NHS). As such, it has a much wider remit than the SMC, whose role is to assess newly licensed drugs. TLV's scope of assessments also includes both existing and new pharmaceuticals, but its decisions are not immediately guided by budget constraints as in the case of NICE. Some operational differences that are a direct result of the differing objectives concern, for example, the assessment of therapies one by one or for whole therapeutic fields at once, the duration of the appraisal process and the amount of submissions received. Procedural attitudes also vary between these agencies. In the case of NICE, a strict protocol lays down the rules for meetings and communications with stakeholders, who are invited to comment at several stages through the process. Most of this is published, which ensures high credibility. TLV, on the other hand, does not publish many details on the single-technology appraisal process, which can involve negotiations between TLV and the submitting pharmaceutical company. This allows TLV to promote access with evidence development (AED) in the case of new pharmaceuticals, to a much higher degree than the SMC or NICE. Finally, from the manufacturer's point of view, submission to SMC appears very attractive because of the short review time and because a positive decision may be useful in negotiations with other

payers. With its methodological rigour, a positive NICE review, however, carries more weight internationally.

Oksala Ilkka
toimitusjohtaja
Suomen Apteekkariliitto

SIDOSRYHMIEN KOMMENTTIPUHEENVUOROT – Suomen Apteekkariliitto

Suvi-Anne Siimes
toimitusjohtaja
Lääketeollisuus ry

SIDOSRYHMIEN KOMMENTTIPUHEENVUOROT - Lääketeollisuus ry:

OIKEIN KÄYTETTY LÄÄKE ON EDULLINEN HOITOMUOTO NIIN POTILAAN KUIN KOKO YHTEISKUNNANKIN KANNALTA

Lääkkeitä koskevassa keskustelussa puhutaan helposti vain lääkkeiden hinnoista ja lääkekustannuksista. Kaikkein suurimmat yhteiskunnalliset kustannukset syntyvät kuitenkin siitä, että sairaudet jätetään hoitamatta tai että hoitotulokset ovat huonoja. Siksi on tärkeä muistaa, että oikein käytetty ja riittävän ripeästi käyttöön otettu lääke on edullinen hoitomuoto niin potilaan kuin yhteiskunnankin kannalta.

Yhteiskunta on hyötynyt lääkehoitojen kehityksestä

Suurimmat sairauksien aiheuttamat yhteiskunnalliset kustannukset syntyvät sairauslomista, työkyvyttömyyseläkkeistä ja sairauden takia menetetyistä tuottavuudesta. Terveystieteiden tutkimusten mukaan yhteiskunnalliset kustannukset ovat vain noin kolmasosa sairauden yhteiskunnalle aiheuttamista kokonaiskustannuksista. Tämä käy ilmi Nordic Health Care Groupin Lääketeollisuus ry:n toimeksiannosta tekemistä tuotantotaloudellisista selvityksistä.

Selvitykset koskivat nivelreuman, skitsofrenian, astman ja rintasyövän yhteiskunnalle aiheuttamia kokonaiskustannuksia. Niiden mukaan lääkehoitojen kehitys on pienentänyt merkittävästi laitoshoidon tarvetta monissa sairauksissa. Lisäksi se on parantanut hoitotuloksia ja vähentänyt sitä kautta mm. ennenaikaisia työkyvyttömyyseläkkeitä ja pitkiä sairauslomia. Lääkehoitojen kehitys on siksi alentanut sairauden yhteiskunnalle aiheuttamia kokonaiskustannuksia.

Lääkkeet ovat siis olleet osa terveydenhuollon kustannusongelmien ratkaisua, eivät osa ongelmaa. Siksi sitä, ovatko lääkkeet hintansa väärtejä, pitää tänäänkin arvioida paljon pelkkiä lääkekustannuksia laajemmasta näkökulmasta. Yhteiskunnan kokonaiskustannusten

kannalta kyse ei ole siitä, onko meillä varaa uusiin lääkkeisiin vaan siitä, onko meillä varaa olla *ilman* lääkehoitojen kehitystä ja siitä saatavia yhteiskunnallisia hyötyjä.

Lääkehoitojen taloudellisen arvon arviointia on kehitettävä

Täyden yhteiskunnallisen hyödyn saaminen lääkehoitojen kehityksestä edellyttää nykyistä parempaa kykyä arvioida uusia lääkevalmisteita ja niiden hoidollista ja taloudellista arvoa. Tässä asiassa avuksi voi tulla viime marraskuussa toimintansa aloittanut Lääkealan tutkimus- ja kehittämiskeskus Fimea.

Fimea on oikea taho rakentamaan arviointityössä tarvittavaa verkostoa ja kehittämään yhdessä alan toimijoiden kanssa lääkkeiden hoidollisen ja taloudellisen arvon arvioinnissa tarvittavia kriteereitä ja menettelytapoja. Lääketeollisuus on tässä työssä aktiivisesti ja aloitteellisesti mukana.

Lääkkeisiin liittyvä osaaminen nivottava osaksi koko terveydenhuollon palvelujärjestelmää

Fimealle asetetut tutkimus- ja kehittämistehtävät laajentavat laitoksen toimintaa pelkästä lääkevalvojusta lääkehoidon kehittäjäksi ja lääkitysturvallisuuden edistäjäksi. Myös Fimealle annettu tehtävä vertailla uusien lääkkeiden potilaskäytöstä saatavia terveyshyötyjä ja niistä yhteiskunnalle aiheutuvia kustannuksia on erittäin tärkeä.

Fimean kannattaisikin profiloitua uusien tehtäviensä myötä rohkeasti lääkehoidon kehittäjäksi ja lääkehoitojen puolestapuhujaksi Suomessa ja nivoa lääkkeisiin liittyvä osaaminen nykyistä paremmin osaksi koko terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Silloin yhteiskunta voisi saada paljon enemmän hyötyä jokaisesta jo nyt käyttämästään lääke-eurosta. Samalla varmistuisi se, että hyödylliset uudet lääkkeet saataisiin nopeasti potilaiden käyttöön myös Suomessa.

Lääkehoitojen onnistuminen on turvattava

Lääkehoitoon liittyy myös monia ongelmia. Tunnetuin niistä on vanhusten lääkehoito ja päällekkäislääkitys.

Ongelmiin pitää kehittää ratkaisuja yhdessä kaikkien terveydenhuollon ja lääkealan toimijoiden kanssa. Ratkaisuja voi löytyä esimerkiksi lääkehoidon kokonaisarviointia ja annosjakelua koskevasta tutkimuksesta.

Tutkimustulosten pohjalta on laadittava myös konkreettisia kehittämissuunnitelmia. Vasta ne vievät tutkimusten tulokset sovellettaviksi myös terveydenhuollon arjessa.

Lääkehoitojen onnistumisessa tarvitaan myös tietoa lääkkeiden oikeasta käytöstä sekä aktiivista hoitoon sitoutumista.

Hoitoon sitoutumista helpottaa helposti potilaiden ja heidän läheistensä saatavilla oleva, laadukas ja ymmärrettävää tietoa lääkkeistä. Siksi myös lääkkeitä koskevaa tiedonsaantia sekä lääkeinformaation laatua ja ymmärrettävyyttä on parannettava nykyisestä. Tässäkin parhaan tuloksen takaa se, että kehittämistyö tehdään yhdessä kaikkien terveydenhuollon ja lääkealan toimijoiden kanssa.

Heikki Bothas
toiminnanjohtaja
Rinnakkaislääketeollisuus ry

SIDOSRYHMIEN KOMMENTTIPUHEENVUOROT - Rinnakkaislääketeollisuus ry

(TOIM.) OUTI PIRINEN

Lääkepäivät

- Onko lääke hintansa väärsti?

Itä-Suomen yliopiston Koulutus- ja kehittämispalvelu Aducate sekä Terveystieteiden tiedekunnan Farmasian laitos järjestävät joka toinen vuosi Lääkepäivät Kuopiossa. Tämänkertaiset Lääkepäivät ovat järjestyksessään yhdeksännet ja niiden teemana on Onko lääke hintansa väärsti? Lääkepäivien tavoitteena on toimia lääkealan valtakunnallisena yliopistollisena täydennyskoulu- tustapahtumana sekä keskustelun herättäjänä alan ajankohtaisista kysymyksistä.



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

*Aducate – Centre for Training
and Development*

ADUCATE REPORTS AND BOOKS

ISBN 978-952-61-0037-1